



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Intervenção Psicomotora na Associação para o Desenvolvimento da Criança, Integração e a Solidariedade - Nuclisol Jean Piaget de Vila Real

**Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre
em Reabilitação Psicomotora**

Orientador: Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins; professor associado da Faculdade de Motricidade Humana.

Vogais:

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos; professora auxiliar da Faculdade da Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa;

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo; professora auxiliar da Faculdade da Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa.

Ana Carolina Andrade Sá Canelas

Outubro de 2018

Agradecimentos

Agradeço á Professora Doutora Paula Lebre por todo o apoio prestado na elaboração deste Relatório de Estágio Profissionalizante. Por toda a disponibilidade, prontidão e empenho, e por mais que tenha estado longe nunca deixou de me ajudar e apoiar nas varias decisões ao longo deste ano.

Um muito obrigado também á Professora Doutora Carla Afonso por toda a dedicação e disponibilidade ao longo deste ano. Por todos os ensinamentos e pelo carinho com que me acolheu. Agradeço imenso pela oportunidade que me deu de concluir a minha formação académica e por me ter proporcionado momentos de valiosas aprendizagens.

Agradeço á Psicomotricista Mestre Adriana, por toda a paciência, disponibilidade, apoio e por tudo o que tive oportunidade de aprender com ela ao longo deste ano.

A todos os profissionais da unidade de Vila Real da Nuclisol Jean Piaget por me aceitarem e ajudarem no que precisei, em especial a toda a equipa do CAO por toda a disponibilidade e amabilidade com que me trataram.

A todos os jovens com DID e todas as crianças da instituição, pela disponibilidade e carinho demostrados.

Agradeço aos meus pais, por serem os melhores do mundo! Sem eles nunca teria conseguido.

Aos meus avós, em especial á minha avó Donzília pelos conselhos, dedicação, preocupação e carinho.

À minha irmã, por ter estado sempre do meu lado em todos os momentos da minha vida.

Ao meu namorado, pela compreensão, dedicação e até alguma paciência em momentos mais stressantes da minha vida académica e pessoal.

Agradeço por fim a todos os meus amigos e a todos que me acompanharam e que estiveram sempre presentes nos bons e menos bons momentos.

Resumo

O presente relatório descreve as atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, realizado na Unidade de Vila Real da Instituição Nuclisol Jean Piaget – Associação para o Desenvolvimento da Criança, a Integração e a Solidariedade. O estágio profissionalizante decorreu no ano letivo de 2017-2018, mediante uma prática de intervenção psicomotora dirigida aos clientes da referida instituição, em particular a um grupo de clientes integrado no Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) em contexto sala e meio aquático.

Após o momento de integração e contacto informal na instituição o estabelecimento de objetivos para o processo de intervenção foi desenhado tendo em consideração a avaliação da qualidade de vida (QV) e do comportamento adaptativo (CA) para indivíduos com DID (Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental), mediante os instrumentos WHOQOL-BREF- ID e Módulo Incapacidades (versão por representante) (Grupo DIS-QOL, 2008) e a Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa (ECAP) (Santos e Morato, 2004). A intervenção psicomotora foi planeada de acordo com as necessidades dos clientes, mediante a utilização de técnicas de relaxamento e estimulação sensorial, com o intuito de reduzir os níveis de ansiedade, tensão e stresse, melhorando assim a qualidade de vida dos clientes. Após a intervenção os resultados iniciais e finais dos instrumentos adotados foram comparados de modo a se poder constatar se de facto existiram melhorias nos clientes ao nível da qualidade de vida e do comportamento adaptativo.

Este relatório inclui ainda a caracterização da instituição, bem como a descrição da população-alvo, a metodologia de avaliação, intervenção psicomotora em contexto institucional, terminando com uma conclusão/reflexão pessoal acerca de toda a experiência de estágio.

Palavras-chave: Intervenção Psicomotora; Comportamento Adaptativo; Qualidade de Vida; Dificuldades Intelectuais e Desenvolvidamentais (DID); Centro de Atividades Ocupacionais (CAO); Nuclisol Jean Piaget; Relaxamento; Estimulação Sensorial.

Abstract

This report describes the internship activities carried out within the scope of the Master's Degree in Psychomotor Rehabilitation, Professional Skills Development Branch (RACP), and Faculty of Human Mobility of the University of Lisbon, held at the Vila Real Unit of the Nuclisol Jean Piaget Association Child Development, Integration and Solidarity. The vocational training course was held in the academic year 2017-2018, through a psychomotor intervention aimed at the clients of this institution, in particular a group of clients integrated in the Center for Occupational Activities (CAO) in the context of the room and the water environment.

After the moment of integration and informal contact in the institution the establishment of objectives for the intervention process was designed taking into account the evaluation of quality of life (QL) and adaptive behavior (CA) for individuals with DID (Intellectual and Developmental Difficulty), using the WHOQOL-BREF-ID and Disability Module (version by representative) (DIS-QOL Group, 2008) and the Adaptive Behavior Scale - Portuguese Version (ECAP) (Santos and Morato, 2004). Psychomotor intervention was planned according to the needs of the clients, through the use of relaxation and sensory stimulation techniques, in order to reduce the levels of anxiety, tension and stress, thus improving the quality of life of the clients. After the intervention, the initial and final results of the adopted instruments were compared in order to verify if there were in fact improvements in the clients in terms of quality of life and adaptive behavior.

This report also includes the characterization of the institution, as well as the description of the target population, the evaluation methodology, psychomotor intervention in institutional context, ending with a personal conclusion / reflection about the entire internship experience.

Keywords: Psychomotor Intervention; Adaptive Behavior; Quality of Life; Intellectual and Developmental Disability (DID); Center for Occupational Activities (CAO); Nuclisol Jean Piaget; Relaxation; Sensory Stimulation.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Índice de Tabelas	vii
Índice de Figuras	viii
Introdução	1
1 Primeiro capítulo	6
I. Enquadramento Teórico e Institucional	6
1. Caracterização da Instituição	6
1.1. Nuclisol Jean Piaget.....	6
1.2. Missão, Visão e Valores.....	7
1.3. Modelo Pedagógico.....	8
1.4. Nuclisol Jean Piaget de Vila Real.....	9
1.5. Áreas de Intervenção/ Serviços na Unidade de Vila Real.....	10
1.6. Projetos da Nuclisol Jean Piaget de Vila Real	13
1.7. Parcerias da Unidade de Vila Real.....	14
1.8. Outras Informações sobre o funcionamento da Unidade	15
2. Caracterização da População - Alvo	16
2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento	16
2.1.1. Definição – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento	16
2.1.2. Características – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento.....	20
2.2. Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)	23
2.2.1. Definição – Síndrome Alcoólica Fetal	23
2.2.2. Características – Síndrome Alcoólica Fetal.....	24

2.3.	Trissomia 21.....	26
2.3.1.	Definição – Trissomia 21	26
2.3.2.	Características – Trissomia 21.....	27
3.	Enquadramento da Prática Profissional do Psicomotricista	32
3.1.	Psicomotricidade.....	32
3.2.	Intervenção Psicomotora.....	33
2	Segundo capítulo	37
II	Realização da Prática Profissional	37
1.	Calendarização, duração e horários do estágio.....	37
2.	População-Alvo e Contextos de Intervenção	40
2.1.	População-Alvo	41
2.1.1.	Grupo CAO (Centro de Atividades Ocupacionais)	41
a)	Caracterização do Grupo CAO menos autónomo	44
•	Caracterização dos Clientes.....	44
•	Apresentação dos resultados iniciais da ECAP e da WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades (versão por representante)	49
•	Objetivos delineados para a Intervenção Psicomotora	51
•	Estratégias desenvolvidas e utilizadas pela estagiária ao longo do estágio	54
•	Tipos de sessão	54
•	Apresentação dos resultados finais da ECAP e da WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades (versão por representante)	55
•	Discussão e análise dos resultados obtidos	56
2.1.2.	Grupo Ensino Pré-Escolar.....	58
2.1.3.	Creche	59
2.2.	Contextos de Intervenção.....	60
2.2.1.	Contexto de Sala.....	60
2.2.2.	Meio Aquático	61

2.2.3. Equitação Terapêutica	62
3. Instrumentos de Avaliação.....	63
3.1. ECAP - Versão Portuguesa.....	63
3.2. WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades (versão representante)	66
3.3. Procedimentos	69
4. Estudo de Caso	70
4.1. Avaliação de J.....	71
4.1.1. Principais conclusões e limitações	80
5. Atividades Complementares	81
Conclusão	83
Referências	86
Anexos.....	96

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Primeiro horário da estagiária.

Tabela 2 – Segundo horário da estagiária.

Tabela 3 – Terceiro horário da estagiária.

Tabela 4 - Cronograma referente às atividades realizadas ao longo do período de estágio.

Tabela 5 - Caracterização dos contextos de intervenção e população-alvo.

Tabela 6 - Caracterização do grupo de indivíduos com menor autonomia integrados no CAO alvo de intervenção pela estagiária (n=9).

Tabela 7 – Resultados iniciais de todos os clientes obtidos nos domínios da Parte I da ECAP.

Tabela 8 – Resultados iniciais de todos os clientes obtidos nos domínios da Parte II da ECAP.

Tabela 9 – Resultados iniciais obtidos na WHOQOL-BREF-ID.

Tabela 10 – Resultados iniciais obtidos no Módulo Incapacidades e Módulo Local.

Tabela 11 – Resultados finais de todos os clientes obtidos nos domínios da Parte I da ECAP.

Tabela 12 – Resultados finais de todos os clientes obtidos nos domínios da Parte II da ECAP.

Tabela 13 – Resultados finais obtidos na WHOQOL-BREF-ID.

Tabela 14 – Resultados finais obtidos no Módulo Incapacidades e Módulo Local.

Tabela 15 - Resultados obtidas por J nos domínios da parte I da ECAP nos dois momentos de avaliação.

Tabela 16 - Resultados obtidas por J nos domínios da parte II da ECAP nos dois momentos de avaliação.

Tabela 17 – Resultados obtidos por J na WHOQOL-BREF-ID.

Tabela 18 – Resultados obtidos por J no Módulo Incapacidades e Módulo Local.

Tabela 19 – Perfil de Funcionalidade de J.

Tabela 20 – Plano de Intervenção Psicomotora de J.

Índice de Figuras

Figura 1 – Unidade de Vila Real.

Figura 2 - Conceções fundamentais da DID.

Introdução

Este relatório de estágio foi realizado no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) inserido no 2º ano do plano curricular do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, tendo sido a data da sua elaboração o ano letivo de 2017/2018. Assim sendo, e segundo Martins, Simões e Brandão (2016) o RACP tem como objetivos gerais:

a) Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar;

b) Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção;

c) Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

Os objetivos específicos do RACP são os seguintes:

A nível da Intervenção Psicomotora:

Relacionar os saberes próprios da sua especialidade (transversais e interdisciplinares), com as atividades profissionais associadas ao processo de intervenção, nomeadamente:

- Avaliação do desenvolvimento e estabelecimento do perfil intraindividual;
- Conceção, aplicação e avaliação de programas no âmbito da reabilitação psicomotora, ao nível do desenvolvimento, reeducação e terapia psicomotora;
- Identificação de fatores contextuais, facilitadores ou inibidores da participação dos indivíduos nos contextos de vida significativos e elaboração das respetivas respostas.

Na relação com os outros profissionais:

Relacionar os saberes próprios da sua especialidade com as atividades profissionais associadas ao processo de comunicação e partilha de saberes no seio de equipas transdisciplinares:

- Participação na avaliação do desenvolvimento, do potencial de adaptação e do potencial de aprendizagem em equipa transdisciplinar;
- Participação na conceção e desenvolvimento de planos e programas transdisciplinares, em cooperação com outros profissionais.

Na relação com a comunidade:

Integrar-se na comunidade, através do desenvolvimento de projetos nas instituições ou na comunidade, privilegiando a interação entre os diferentes intervenientes (indivíduo, família, técnicos) nos processos de:

- Orientação e aconselhamento nas diferentes áreas de intervenção da psicomotricidade ao nível pessoal, familiar e comunitário;
- Observação e análise da conceção e dinamização de projetos;
- Realização de eventos para divulgação das atividades do Estágio e dinamização da relação da instituição com a comunidade.

Este estágio curricular teve lugar na Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) de Vila Real, designada Nuclisol Jean Piaget – Associação para o Desenvolvimento da Criança, a Integração e a Solidariedade, tendo este consistido num estágio autoproposto solicitado pela aluna e coordenado academicamente pela Professora Doutora Paula Lebre e localmente pela Psicomotricista Mestre Adriana Júnior. A escolha deste local de estágio prendeu-se ao facto de a estagiária já ter tido um contacto anterior em trabalho de campo com a instituição bem como com os profissionais e os alunos que dela fazem parte, e ter gostado do trabalho desenvolvido, achando ainda que esta instituição, pela sua diversidade populacional se poderia tornar uma mais-valia em termos de crescimento pessoal e profissional da estagiária.

É de referir que este não foi o primeiro local de estágio onde a aluna iniciou o processo do RACP, na medida em que a primeiro local onde o estágio auto proposto se iniciou foi o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE (CHTMAD, EPE) mais concretamente o Serviço de Oncologia, sendo que a estagiária iniciou atividades de contacto e de acompanhamento em regime de voluntariado sem uma prática de intervenção psicomotora formal entre Setembro e Abril de 2018.

Contudo, o processo que inicialmente estava aprovado pela entidade hospitalar para a realização do estágio no Centro Hospitalar de Vila Real inclui somente o acompanhamento informal dos pacientes do Serviço de Oncologia num horário estabelecido de 20h semanais. Porém, a autorização formal pela comissão de ética e da direção do Hospital forma continuamente adiados, impedindo que a estagiária pudesse iniciar, tal como previsto, sessões individuais ou grupais de intervenção propriamente ditas.

É de referir que em anexo consta a descrição do trabalho que a estagiária desenvolveu no Serviço de Oncologia do CHTMAD, EPE bem como uma revisão da literatura inerente ao tema e o documento assinado pela delegação da Cruz Vermelha de Vila Real em que se comprova o voluntariado e o tempo que a estagiária esteve no Serviço de Oncologia do CHTMAD, EPE.

Em relação à estrutura do presente relatório, neste vão constar 6 secções sendo estas, a introdução, o enquadramento da prática profissional (capítulo 1) a realização da prática profissional (capítulo 2), a conclusão (capítulo 3), a bibliografia e os anexos.

Para o enquadramento da prática profissional foi realizada uma revisão da literatura, desenvolvendo-se assim a contextualização do estágio através da introdução de conceitos importantes para a compreensão das atividades desencadeadas no estágio, indo de encontro à ligação entre Psicomotricidade e os diagnósticos presentes na instituição. É também descrito o local de estágio, a Instituição de Vila Real, Nuclisol Jean Piaget – Associação para o Desenvolvimento da Criança, a Integração e a Solidariedade. Por fim nesta seção será apresentado um enquadramento da prática profissional do Psicomotricista terminado este capítulo com uma abordagem á temática da Psicomotricidade e da Intervenção Psicomotora.

No segundo capítulo, referente á realização da prática profissional estará descrita a planificação e a intervenção delineadas ao longo do estágio. Para uma melhor compreensão estão descritos os horários das atividades, os horários da aluna, um cronograma de todo o estágio e os instrumentos de avaliação usados. Serão ainda abordados os tipos de sessões e as intervenções que ocorreram. Este capítulo contará ainda com a descrição sucinta de atividades complementares em que a aluna participou ao longo do estágio e ainda algumas limitações por que passou durante o mesmo.

No capítulo 3 é realizada a conclusão na qual é elaborada uma reflexão e análise crítica do estágio. De seguida constará a bibliografia de acordo com as regras APA, e por fim os anexos.

Enquadramento da Prática Profissional

1 Primeiro capítulo

I. Enquadramento Teórico e Institucional

Este capítulo irá iniciar-se com a caracterização da instituição sendo apresentados os valores, a visão e a missão da mesma. Também as suas valências, o modelo pedagógico de base, o contexto, os serviços que proporciona, os projetos nos quais se encontra inserida e as parcerias estabelecidas assim como outras questões de funcionamento irão ser abordados ao longo deste capítulo. De seguida será feita, com base na revisão da literatura, uma descrição da população-alvo, em função dos diagnósticos presentes na instituição, seguindo-se de um enquadramento da prática profissional do Psicomotricista, bem como o enquadramento da psicomotricidade e da intervenção psicomotora.

1. Caracterização da Instituição

1.1. Nuclisol Jean Piaget

A Nuclisol Jean Piaget é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) criada em 1983, tendo em 1992 se dissociado do Instituto Jean Piaget, que até ao momento era dependente, e adotado o nome de NucliSol Jean Piaget — Associação para o Desenvolvimento da Criança, a Integração e a Solidariedade (Instituto Piaget, 2018).

Esta instituição atua em áreas da educação e ação social tendo como objetivos a criação e organização de centros, creches, escolas e jardins-de-infância, centros de acolhimento e acompanhamento de crianças e adultos marginalizados, deficientes ou em situação de risco, centros de apoio a famílias económica e socialmente carenciadas, centros de proteção e acompanhamento de idosos, inválidos e indivíduos sem capacidade para o trabalho, centros de apoio e proteção na saúde preventiva e curativa, prestando ainda cuidados, educação e formação, ensino vocacional e profissional em parceria com outras entidades sociais regida pelos mesmos objetivos, abarcando um total de cerca de **1700 utentes** de Norte a Sul do país (Nuclisol, 2018).

Atualmente, a Nuclisol Jean Piaget dispõem de **15 unidades** estando estas sediadas em **Arcozelo** (que dispõem de creche e pré-escolar); **Caldas da Rainha** (com creche, pré-escolar e Centro de Apoio Preventivo na Saúde (CAPS)); em Lisboa, mais propriamente no **Bairro de Armador** (com creche, pré-escolar, cantina social e CAPS); no **Bairro do**

Condado (que dispõem de creche, pré-escolar, 1.º ciclo do ensino básico, cantina social, CAPS e Serviços Complementares de Apoio ao Básico); no **Bairro dos Loios** (com creche e CAPS); em **Campo de Ourique**; em **Galinheiras** (com creche, pré-escolar e CAPS) e em **Lumiar** (com creche e CAPS). Em **Macedo de Cavaleiros** (com creche, pré-escolar e CAPS); em **Mirandela** (com creche, pré-escolar, cantina social e CAPS); em **São João de Talha** (com creche, pré-escolar, cantina social, CAPS, Centro de Acolhimento Temporário de Crianças em Risco (CATCR) e Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL)); em **Vila Nova de Santo André** (com creche, pré-escolar e CAPS); em **Vila Real** (com creche, pré-escolar, 1.º ciclo do Ensino Básico, Serviços Complementares de Apoio ao Básico, CAPS, CATL e Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)), e em Viseu mais propriamente na **Escola Básica Integrada e Secundária Jean Piaget** (com 2.º e 3.º ciclo do Ensino Básico e Ensino Técnico Profissional) e no **Lar de Bigas** (com lar e Serviços de Apoio Domiciliário) (Nuclisol, 2018).

1.2. Missão, Visão e Valores

A Nuclisol Jean Piaget tem como missão o desenvolvimento de respostas que promovam a integração e a inclusão social utilizando políticas e estratégias de proximidade e envolvimento com a comunidade, tendo ainda como visão ser uma IPSS de referência no que toca às áreas da infância, juventude, deficiência e gerontologia (Nuclisol, 2018).

Quanto aos valores, esta instituição defende (Nuclisol, 2018):

- Confidencialidade (o profissional deve restringir os dados dos clientes somente àqueles que deles necessitem em função do seu cargo);
- Rigor (o profissional deve tomar as decisões tendo em conta os factos de modo a que este exerça a sua atividade de forma correta e adequada);
- Privacidade (o profissional deve respeitar cada cliente no que concerne ao tempo e espaço que este necessite)
- Integridade (o profissional deve respeitar os deveres e direitos de todas as partes interessadas);
- Políticas de Qualidade (o profissional deve satisfazer as necessidades e expectativas das entidades interessadas, assim como promover a conformidade e o desempenho económico);
- Outras Políticas (o profissional deve demonstrar responsabilidade social e melhorar a qualificação e as práticas da comunidade);
- Parcerias (o profissional deve melhorar a eficácia e a eficiência da organização);

- Recursos Humanos (o profissional deve promover a qualificação, o desempenho e a igualdade de oportunidades);
- Participação (o profissional deve melhorar a participação das entidades interessadas).

1.3. Modelo Pedagógico

Antes de mais é de extrema importância referir qual o modelo pedagógico pelo qual a Nuclisol Jean Piaget se rege para melhor compreender o seu funcionamento. Assim, este modelo assenta as suas raízes na Teoria Cognitivista e Construtivista do psicólogo e pedagogo Jean Piaget (Nuclisol, 2018).

Para Piaget, a teoria do Desenvolvimento Cognitivo é suportada por 3 princípios sendo estes:

- ✓ O funcionamento intelectual da criança e do adulto processam-se de formas diferentes;
- ✓ O desenvolvimento cognitivo resulta da construção ativa de estruturas que permitam a sua adaptação ao meio;
- ✓ Esse desenvolvimento ocorre em momentos distintos, nomeadamente por estádios que se seguem de uma forma uniforme (Matos, 2008; Palangana, 2015).

Assim, Piaget defende que o comportamento do sujeito e o seu desenvolvimento intelectual decorrem de uma sucessão de aprendizagens que o indivíduo faz ao interagir com o meio que o rodeia (tanto físico como social), e que o conhecimento só se verifica com uma adequada adaptação ao meio em que o indivíduo está inserido (Giusta, 2013; Palangana, 2015; Rodrigues, 2010).

Também segundo Piaget, existem 4 estádios de desenvolvimento sendo que, para a criança alcançar um estágio seguinte tem que o anterior estar bem desenvolvido (Pádua, 2009). De seguida serão apresentados os estádios do desenvolvimento da criança propostos por Piaget (Osti, 2009; Pádua, 2009; Palangana, 2015):

Sensório-motor: do nascimento aos 2 anos de idade, é o estágio da inteligência prática desenvolvida através de ações motoras e atividades percetivas, com base nos sentidos, que captam impressões sensoriais. Este é um estágio decisivo e as ações mais frequentes são agarrar, atirar, bater e pontapear;

Pré-operatório: dos 2 aos 7 anos de idade, é um estágio caracterizado pela utilização do pensamento simbólico e da linguagem (a criança cria símbolos que

representam objetos); observa-se, inicialmente, um pensamento pré-conceitual (tem por base imagens mentais e não conceitos, dominado pela imaginação e fantasia); que depois passa a um pensamento intuitivo (centrado na percepção e não na imaginação, pouco flexível e baseado em acontecimentos particulares);

Operações concretas: dos 7 aos 11 anos de idade, corresponde ao início da conceitualização, i.e.: a criança desenvolve estruturas lógicas que explicam as suas experiências, sem pensamento abstrato; a característica principal é a capacidade de reversibilidades, ou seja, capacidade mental para voltar ao ponto de partida; a criança já possui também a noção de volume, peso, espaço, tempo, classificação e operações numéricas;

Operações formais (ou abstratas): dos 11-12 anos de idade em diante, caracteriza-se pelo pensamento abstrato e conceitual, sendo a criança capaz de analisar hipóteses e de pensar de forma científica; surge o raciocínio hipotético-dedutivo, em que partindo da realidade o indivíduo retira sistematicamente conclusões e/ou implicações, observando-se também um egocentrismo intelectual que leva a que a criança/adolescente considere que as suas convicções são as melhores e capazes de resolver todos os problemas.

A Nuclisol Jean Piaget é considerada uma Escola democrática e ecológica sendo que se baseia no debate e construção de ideias tendo por base experiências. Desta forma, o professor assume um papel de “criador de contextos” e o aluno torna-se “o agente do seu processo de aprendizagem” (Nuclisol, 2018).

1.4. Nuclisol Jean Piaget de Vila Real

A Nuclisol Jean Piaget foi fundada em 1988 e o espaço onde esta instituição se encontra foi cedido pelo Instituto da Segurança Social num regime de acordo de gestão.

Este espaço beneficia de duas zonas distintas. Uma com três edifícios onde decorrem as atividades pedagógicas, o recreio, espaços de lazer, campo de jogos, estacionamento e jardins e a outra parte que beneficia de um pomar e campo do qual os utentes podem usufruir durante o ano todo (Nuclisol, 2018).

A Unidade de Desenvolvimento Integrado de Vila Real disponibiliza os seguintes recursos pedagógicos: 2 áreas de higienização – bebés e 1 ano; 3 salas de creche; 3 salas de pré-escolar; 3 salas serviços complementares de apoio ao 1.º ciclo do ensino básico; 4 salas 1.º ciclo do ensino básico, 6 salas CAO; atendimento; auditório; centro de recursos;

copa de leites; cozinha; espaço polivalente; gabinete de educação especial e terapia da fala; gabinete de direção; gabinete de psicologia; instalações sanitárias e balneário 1.º ciclo, por género; instalações sanitárias e balneário CAO, por género; recreio interior para a creche; refeitório; sala de psicomotricidade; sala de reabilitação psicomotora e sala TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação) (Nuclisol, 2018).

Figura 1 – Unidade de Vila Real



1.5. Áreas de Intervenção/ Serviços na Unidade de Vila Real

Como já referido a Nuclisol Jean Piaget sendo uma IPSS atua nas áreas da Educação e Ação Social tendo assim á sua responsabilidade: (Nuclisol, 2018)

Creches: Espaço destinado ao acolhimento de crianças dos 3 meses até aos 3 anos de vida. Proporciona vivências que vão estimular o desenvolvimento e o bem-estar da criança durante o período em que não está com a família através de uma atenção individualizada e em continuum com a mesma. Na Nuclisol Jean Piaget de Vila Real este serviço **está presente** sendo que as áreas de atuação do Psicomotricista (PM) neste meio vão ao encontro dos seguintes objetivos:

- ✓ Estimular o desenvolvimento da criança bem como favorecer a formação das suas capacidades;
- ✓ Contribuir para a estabilidade e segurança afetiva da criança;
- ✓ Difundir uma melhor compreensão e observação do mundo;
- ✓ Favorecer a integração e a sociabilidade da criança;

- ✓ Apoiar o desenvolvimento da comunicação, da criatividade, de capacidades lúdicas e de expressão;
- ✓ Desenvolver noções de higiene e saúde;
- ✓ Despistar inadaptações, deficiências ou precocidades e fazer a adequada orientação.

Nesta área de intervenção o PM vai atuar num sentido educativo/ preventivo, incidindo nas áreas cognitivas e motoras da criança através de atividades lúdicas.

Ensino Pré-escolar: O ensino pré-escolar é o primeiro estágio da educação básica e contempla crianças dos 3 aos 6 anos de idade. Em associação à educação que a criança recebe na família, este estágio vai permitir à criança desenvolver valores corretos e uma educação equilibrada de modo a que a sua inserção na sociedade seja a mais autónoma e positiva possível. Também este serviço **está contemplado** na unidade de Vila Real sendo que a atuação do PM é de novo a um nível educativo/ preventivo, dando enfoque às áreas cognitivas e motoras da criança.

Ensino Básico: O ensino básico é aquele que corresponde ao ensino obrigatório no nosso país e divide-se em 3 ciclos sendo estes: 1º ciclo (integra o 1º, 2º, 3º e 4º ano); 2º ciclo (integra o 5º e o 6º ano), e por fim o 3º ciclo (integra o 7º, 8º e 9º ano de escolaridade). Na unidade de Vila Real **temos presente o 1º ciclo** sendo que os objetivos delineados para estas idades são os seguintes:

- ✓ Favorecer o domínio da linguagem oral;
- ✓ Promover o domínio da leitura e da escrita;
- ✓ Transmitir noções de Aritmética, do Meio Físico e Social;
- ✓ Desenvolver o domínio das Expressões Plástica, Dramática, Musical e Motora.

Nesta área de intervenção o PM vai atuar a um nível educativo/ preventivo e reeducativo, abordando áreas cognitivas, motoras e desenvolvimentais.

Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL): Este serviço destina-se a crianças a partir dos 6 anos de idade e a jovens até aos 30 anos de idade, sendo que este centro tem como objetivo proporcionar atividades de lazer nos períodos de tempos livres. Também a Nuclisol Jean Piaget de Vila Real **usufrui deste serviço**.

Ensino Profissional: Para os jovens que terminam o ensino básico e querem continuar os estudos têm à sua escolha entre o ensino secundário ou duas formas de ensino profissional: cursos tecnológicos e escolas profissionais. No término deste ensino,

e independentemente da escolha do curso, o jovem pode depois aceder ao ensino universitário. A unidade de Vila Real **não contempla** esta área de intervenção.

Centro de Acolhimento Temporário de Crianças em Risco (CAT): Este serviço usufrui de instalações e equipamento destinados ao acolhimento urgente e temporário de crianças e jovens em perigo, por um período igual ou inferior a seis meses. Na Nuclisol Jean Piaget de Vila Real este centro **não existe**.

Lar de Idosos: Este serviço compreende um alojamento coletivo, de forma temporária ou permanente, de idosos em situação de risco de perda de independência e/ou de autonomia. Na unidade de Vila Real **não existe** lar.

Serviço de Apoio Domiciliário (SAD): Serviço que consiste na prestação de cuidados e serviços a pessoas ou famílias que se encontrem em situação de dependência física ou psíquica, de forma temporária ou permanente, e não disponham de apoio familiar que assegure a satisfação das suas necessidades básicas e a realização de atividades instrumentais da vida diária. A Nuclisol Jean Piaget de Vila Real **não dispõe** de SAD.

Centro de Atividades Ocupacionais (CAO): Este serviço destina-se a pessoas com deficiências e incapacidades, tendo como principal objetivo promover e disponibilizar condições que contribuam para uma vida com qualidade através do desempenho de atividades socialmente úteis, sempre que possível na comunidade, com vista ao desenvolvimento das suas capacidades, como seres ativos, criativos e criadores. O PM atua a um nível preventivo e a um nível reeducativo, pautados pela realização de atividades de estimulação cognitiva, motora, emocional e social. A unidade de Vila Real **dispõem deste serviço**.

Centro de Apoio Preventivo na Saúde (CAPS): Esta área de intervenção tem como foco auxiliar crianças e jovens com ou sem deficiência, com vista à promoção da Educação e da Inclusão, e colaborando na construção de um Projeto de Vida para cada um. O CAPS está organizado em três núcleos - Núcleo da Primeira Infância, Núcleo Infante-Juvenil e Núcleo de Apoio e Intervenção Familiar, sendo que o PM vai atuar nos dois primeiros núcleos, através da realização de atividades que promovam o desenvolvimento psicomotor dos indivíduos, bem como a nível educativo/preventivo e reeducativo. Na unidade de Vila Real **existe este serviço**.

Cantinas Sociais: Através do Programa de Emergência Alimentar, as Cantinas Sociais da Nuclisol Jean Piaget constituem uma resposta de intervenção, objetivando as necessidades alimentares de indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade socioeconómica através da disponibilização de refeições. A unidade de Vila Real não dispõe deste serviço.

É ainda de referir que a Nuclisol Jean Piaget de Vila Real dispõem ainda de atividades extracurriculares, designadamente Ballet, Educação Musical, Educação Psicomotora e Natação para as crianças do Pré-Escolar, bem como Ballet, Capoeira e Xadrez para as crianças do 1º ciclo do Ensino. A instituição prevê, ainda, o desenvolvimento de atividades de adaptação ao meio aquático para os bebés que frequentam a Creche, assim como Dança Motivacional e Pré-karaté para as crianças que frequentam o Pré-escolar; para as crianças do 1º ciclo do ensino básico prevê-se a criação do “Clube dos Afetos”, “Clube da Expressão Corporal” e o “Clube do Jornal Digital” (Nuclisol, 2018).

1.6. Projetos da Nuclisol Jean Piaget de Vila Real

A instituição desenvolve também alguns projetos sendo estes (Nuclisol, 2018):

- **Cancioneiro Infanto-juvenil para a Língua Portuguesa:** projeto desenvolvido pelos docentes de Língua Portuguesa, lecionada no 1º ciclo de escolaridade;
- **Envolvimento Parental:** projeto com o intuito de envolver e responsabilizar a família na participação ativa na educação do seu educando, participando em projetos e festas da escola;
- **Inclusão:** projeto que se baseia na inclusão dos indivíduos que frequentam o CAO e de crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) e que estão em conjunto com as outras crianças;
- **Projeto Educativo de Estabelecimento (PE):** documento que apresenta as linhas de atuação e funcionamento da instituição ao nível da educação, elaborado e aprovado pelos órgãos de administração e gestão, durante um período de 3 anos.
- **Projeto Pedagógico Anual:** desenvolvido anualmente é transversal a todas as valências, sendo que para cada projeto é definido um tema que deve ser abordado

através das atividades realizadas na Instituição pelos diversos grupos; no presente ano letivo, o projeto intitula-se “Nas Asas da Inclusão”.

- **Projeto Curricular de Grupo:** constitui um sub-projeto do projeto pedagógico anual, devendo guiar as atividades realizadas em cada sala.

1.7. Parcerias da Unidade de Vila Real

A instituição desenvolve ainda algumas parcerias com outras Instituições/ Entidades sendo estas (Nuclisol, 2018):

- **Associação de Desporto Adaptado para a Deficiência Intelectual (ANDDI):** alguns clientes estão inscritos nas modalidades de natação e ténis de mesa, participando em campeonatos organizados pela mesma;
- **Associação Distrital de Ténis de Mesa:** disponibilização do espaço para a realização de aulas e treinos de ténis de mesa;
- **Câmara Municipal de Vila Real:** disponibilização do pavilhão desportivo, da piscina municipal e de outros espaços para diferentes eventos e atividades;
- **Centro de Saúde de Vila Real II** (inserido no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Douro I – Marão e Douro Norte): realização de formações no âmbito de cuidados de saúde primários, desenvolvidas pela Unidade de Cuidados na Comunidade inerente ao Centro de Saúde;
- **Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM) de Sabrosa:** disponibilização dos recursos necessários à realização de Equitação Terapêutica: Psicomotricista, espaço, animal e responsável pelo mesmo;
- **Instituto da Segurança Social:** acordos de cooperação em virtude de a Instituição constituir uma IPSS;
- **Ministério da Educação:** parceria necessária pelo facto de se lecionar aulas do 1º Ciclo do Ensino Básico na instituição;
- **Teatro Municipal de Vila Real:** disponibilização do espaço para realização de eventos relativos à Unidade;

- **Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro:** Protocolos de colaboração dos estágios de 1º Ciclo dos cursos de Reabilitação Psicomotora e Educação Básica e dos estágios de 2º Ciclo dos cursos de Psicologia e Educação Básica.

1.8. Outras Informações sobre o funcionamento da Unidade

É importante ainda referir que as inscrições para quem quiser fazer parte da Instituição estão abertas o ano todo, sendo que se pode proceder á renovação a partir do mês de Maio. Quanto às mensalidades, nos grupos do CAO, Creche e Pré-escolar são de acordo com o rendimento *per capita* do agregado familiar. Já a mensalidade do 1º ciclo do ensino básico é única (Nuclisol, 2018).

Quanto ao horário de funcionamento da Nuclisol de Vila Real, esta abre pelas 7h45 da manhã e encerra às 19h da tarde estando encerrada aos fins-de-semana e feriados (Nuclisol, 2018).

2. Caracterização da População - Alvo

Após a descrição da Instituição, é pertinente proceder a uma caracterização teórica da população alvo, para posteriormente, se proceder à sua análise em função dos clientes que beneficiaram da intervenção psicomotora, ao longo do estágio. Refere-se que a DID constitui o diagnóstico principal dos clientes presentes na Nuclisol (n=6), verificando-se também clientes com diagnósticos de Síndrome Alcoólica Fetal (n=1) e de Trissomia 21 (n=2).

2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento

2.1.1. Definição – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento

O conceito de deficiência advém já da antiguidade, mais precisamente da época Clássica, época na qual a perfeição era muito valorizada sendo que todos aqueles que não se enquadravam em vários parâmetros físicos, culturais e sociais eram denominados de “deficientes” (Chavarria, 2017). A título de curiosidade, sabe-se que na Grécia Antiga as crianças que nasciam com deficiências físicas eram levadas para as montanhas de onde eram lançadas, e em Roma eram atiradas ao rio (Correia, 1999).

Contudo, com a chegada da Idade Média e com a difusão do Cristianismo que defendia a sobrevalorização do conhecimento religioso em detrimento da perfeição do ser humano, houve uma mudança de valores e pensamento da sociedade, sendo que as pessoas com deficiência começaram a ser tratadas de forma diferente, e muitas dos indivíduos com deficiência física começaram a ser acolhidos, por caridade, em igrejas ou em instituições de cariz social, contudo, as pessoas com deficiência mental continuaram sem receber grandes ajudas pois eram associadas ao demónio e a atos de feitiçaria, sendo que muitas dessas pessoas eram perseguidas e condenadas à morte (Chavarria, 2017).

Vários séculos passaram e poucos avanços sobre a deficiência foram feitos, contudo no século XIX começaram a aparecer estudiosos interessados em pesquisar e saber mais sobre a pessoa com deficiência, sobretudo a deficiência mental, sendo que foi neste século ainda que se conseguiu estabelecer a diferença entre deficiência mental e doença mental (Silva, 2009).

Com a chegada do século XX apareceram os primeiros testes de inteligência, escala de inteligência de Binet-Simon, que conseguiam avaliar a inteligência de crianças e adultos, chegando estes testes a ser os únicos internacionalmente, capazes de classificar uma pessoa como “normal” ou “com atraso” (Chavarria, 2017).

Os testes de Binet deram origem a outro conceito psicométrico: quociente de inteligência (QI). Na mesma lógica, o QI abaixo do considerado normal (valor de referência quanto ao limite superior, sendo este valor 70), indica um 'retardo mental' tal como a Organização Mundial de Saúde (CID – 10, 2016) e a American Psychiatric Association (DMS-IV, 2002) ainda estipulam, sendo a codificação da deficiência mental a seguinte:

- Deficiência mental ligeira – QI entre 50-55 e aproximadamente 70;
- Deficiência mental moderada – QI entre 35-40 e 50-55;
- Deficiência mental grave – QI entre 20-25 e 35-40;
- Deficiência mental profunda – QI abaixo de 20-25 (DSM-IV-TR, 2002).

Atualmente existem diferentes sistemas de classificação utilizados para classificar o grau de severidade das dificuldades de pessoas com DID sendo estes os seguintes: o (DSM V) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2013), a Classificação Internacional de Doenças (CID-10 – OMS, 2010), a (CIF) Classificação Internacional de Funcionalidade (OMS, 2004) e o Sistema de classificação da Associação Americana de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Thompson et al., 2009).

Tanto a perspetiva clínica, como a perspetiva psicométrica são concepções que se centram apenas nas limitações do indivíduo, ou seja, centralizam-se mais nas limitações físicas da pessoa do que propriamente nas interações sociais que esta pode ou não fazer. Desta forma, Castanedo (2007) defende que é necessário um olhar multidimensional sobre a deficiência mental, defendendo ainda que esta definição detêm ainda muita discordância na comunidade científica, sendo necessário adotar-se uma definição mais precisa para as pessoas com deficiência, visto que não são apenas fatores internos que condicionam as suas limitações, mas também fatores externos que influenciam o seu grau de desenvolvimento e maturidade. Este autor defende que se deve pensar num conceito envolvendo a interação organismo/ambiente, sendo que as dificuldades destas pessoas são do ponto de vista das exigências do ambiente e da adaptação ao mesmo e não a partir de classificações baseadas em défices, que resultam em rotulações negativas e estigmatizantes (Castanedo, 2007).

A dificuldade na procura do melhor conceito deve-se sobretudo ao facto de este abranger a grande variabilidade/heterogeneidade de etiologia, a variedade das características comportamentais e emocionais, das necessidades educativas, entre outras, presentes nos indivíduos com esta perturbação (Albuquerque, 2000).

Atualmente o conceito Deficiência Mental é frequentemente substituído pelo conceito Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, retirando desta forma a conotação

estigmatizante, de imperfeição e irrecuperabilidade associada à palavra “deficiência”. O foco deixa de estar sob as limitações do funcionamento individual num contexto social, como uma desvantagem para o indivíduo, passando a estar na interação entre o indivíduo e o seu meio, dando-se maior importância aos apoios individualizados que permitam um bom funcionamento humano, apelando para a responsabilização da sociedade no que se refere às oportunidades dadas à pessoa com DID (Morato e Santos, 2007; Schalock et al, 2007).

A DID surge antes dos 18 anos e é caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, que se expressam nas habilidades conceituais, sociais e práticas (Luckasson et al., 2002; McDermott, Durkin, Schupf e Stein, 2007; Schalock, et al., 2007; Schalock et al., 2010; Schalock e Luckasson, 2004). Os mesmos investigadores afirmam que para a aplicação desta definição de DID devem ser seguidos 5 pressupostos, que foram apresentados por Luckansson et al em 2002, sendo estes os seguintes:

1. As limitações observadas no indivíduo têm de ser tidas em conta no contexto em que o mesmo se encontra (pares, idade, cultura);
2. A avaliação tem de considerar a diversidade cultural e linguística, os fatores relativos à comunicação, aspetos sensoriais, motores e adaptativos;
3. O indivíduo com DID é uma pessoa com os mesmos direitos que todas as outras e, como tal, devem ser respeitadas as suas características (áreas fortes e áreas que necessitam de apoio);
4. A descrição do perfil do indivíduo com DID tem como objetivo permitir traçar o plano individual com os apoios necessários para o mesmo;
5. O plano individual, que contempla os apoios identificados como necessários, deve resultar numa melhoria significativa do funcionamento do indivíduo e, em geral, da sua vida.

Torna-se ainda importante definir os conceitos envolvidos na definição de DID: Dificuldade; Intelectual; Desenvolvimental, e perceber a diferença deste novo conceito e do antigo conceito, “Deficiência Mental”.

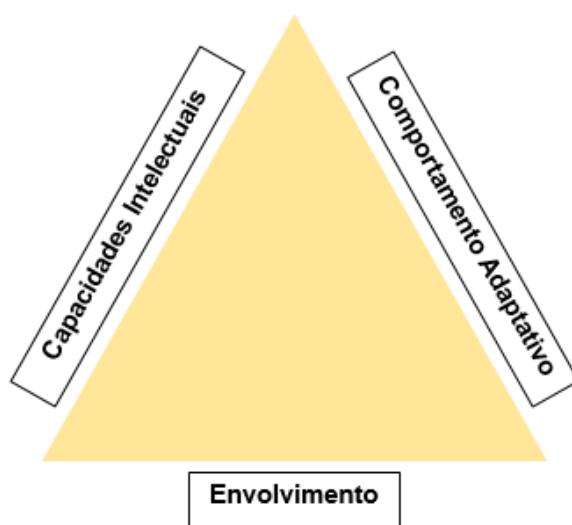
Dificuldade – Termo utilizado ao invés de “Deficiência”, tornando-o menos estigmatizante e decorrendo de uma perspetiva mais positiva. “Dificuldade” envolve as limitações que levam o indivíduo com DID a ter uma desvantagem quando se encontra em sociedade, tendo sempre em conta o contexto, os fatores pessoais e a necessidade de apoio individualizado (Schalock et al, 2007);

Intellectual – Termo substituto de “Mental”, e que se refere a um conjunto de fatores subjacentes ao funcionamento da inteligência, pois a avaliação que se faz é sobre fatores intelectuais, sendo o funcionamento da inteligência mais analítico enquanto o funcionamento da mente é mais global pois relaciona-se com as dimensões orgânica, neurológica e bioquímica (Morato e Santos, 2007);

Desenvolvimental – Termo usado para expressar tudo o que envolva o corpo ou o movimento. Envolve ainda os fatores adaptativos, como a interação do indivíduo com os seus diversos contextos (Schalock et al, 2007).

O funcionamento da pessoa com DID possui uma relação direta com as capacidades intelectuais e competências adaptativas e com os envolvimentos onde ocorrem as suas interações, por isso, em vez de se centrar exclusivamente nos défices individuais, centra-se na qualidade de interação entre o indivíduo e o seu envolvimento (figura 2) (Luckasson e Schalock, 2013; Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012; Santos, Morato e Luckasson, 2014; Santos e Santos, 2007).

Figura 2 - Conceções fundamentais da DID
(Luckasson et al, 1992)



Desta forma, o indivíduo não é mais considerado uma variável independente e o meio torna-se uma variável passível de manipulação, influenciando o sujeito (Morato e Santos, 2007; Schalock e Luckasson, 2013), transitando-se do Modelo Psicométrico Absolutista-Imperialista para o Modelo Ecológico Relativista Desenvolvimentista (Morato e Santos, 2007).

Neste ultimo modelo, o indivíduo deixa de ser estudado de forma isolada, passando a ser estudado na sua relação com o contexto e na sua capacidade de resposta às exigências do desenvolvimento, desta forma dá-se maior importância às capacidades, envolvimento e funcionalidade na sua interação (Morato e Santos, 2007).

Para concluir, o diagnóstico da DID é obtido a partir da identificação de três critérios sendo estes os seguintes: limitações significativas no funcionamento intelectual; limitações significativas no comportamento adaptativo, que pode manifestar-se a nível conceptual, social e prático; e aparecimento antes dos 18 anos de idade. Por forma a confirmar a presença dos três critérios recorre-se a instrumentos de avaliação padronizados e aplicados de forma individual, a documentação relativamente à idade de aparecimento da perturbação, a medidas de desenvolvimento e também conhecimento da história social e dos registos escolares de cada indivíduo. Os instrumentos de avaliação centram-se sobretudo na avaliação do funcionamento intelectual (QI) e do comportamento adaptativo (Schalock et al, 2007; Schalock et al, 2010).

2.1.2. Características – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento

A população com DID pode ser caracterizada pela sua heterogeneidade, no entanto existem várias características que são comuns a todos os sujeitos, sendo que essas características vão ter um impacto e manifestações diferentes de indivíduo para indivíduo (Crnic, 1988, cit in Santos e Morato, 2002; Santos, 2010).

No que se refere ao nível cognitivo a população com DID, no geral, apresenta dificuldades ao nível da memória (comprometimento da memória verbal) (Craik e Tulving, 1975, cit in Fonseca, 1995); da atenção (dificuldades na seleção, focagem e fixação de dados) (Brooks e McCauley, 1984, cit in Fonseca, 1995); resolução de problemas; no uso e compreensão de abstrações (comprometimento da capacidade de representação e abstração); na compreensão de situações de causa-efeito e na capacidade em generalizar (Burack, Hodapp, e Zigler, 1998; Ke e Liu, 2015; WHO, 2007). Também ao nível da linguagem observam-se dificuldades ou desvios na linguagem percetiva, integrativa e expressiva (Fonseca, 1995), sendo que também se verificam dificuldades na aprendizagem escolar mais propriamente nas aprendizagens globais e não específicas, na literatura, na escrita, e no cálculo (Fonseca, 1989).

No que toca aos níveis social, emocional e comportamental os sujeitos com DID apresentam dificuldades especialmente no estabelecimento de vínculos afetivos,

desenvolvimento de autoconceitos e interações sociais estáveis (Greenspan e Granfield, 1992, cit in Fonseca, 1995); observa-se ainda desmotivação e desinvestimento emocional que levam estes sujeitos a não querer envolver-se em tarefas do dia-a-dia, desistindo facilmente de tarefas e situações de aprendizagem (Haywood 1986, cit in Fonseca, 1995). Estes sujeitos apresentam ainda dificuldade no controlo da impulsividade e no controlo de comportamentos agressivos e autodestrutivos (Burack et al., 1998; Poppes, Putten e Vlaskamp, 2010; WHO, 2007). No que toca ao auto-conceito, indivíduos com DID apresentam uma auto-imagem irrealista e uma valorização excessiva e desadequada de competências, manifestando, simultaneamente, imaturidade e baixa tolerância à frustração (Burack et al., 1998; Popovici e Buica-Belciu, 2013).

No que se refere ao processo de ensino-aprendizagem Brown (1989, cit in Santos, 2010) expõe as maiores dificuldades da população com DID no geral, centrando-se sobretudo na aprendizagem de um menor número de competências, necessidade de mais tentativas e mais tempo para aprender. Este autor refere ainda que os sujeitos com DID esquecem com rapidez as coisas e têm maior dificuldade na recuperação do que já foi aprendido, grandes dificuldades de síntese e transfer, bem como dificuldades na realização de atividades complexas.

Também ao nível psicomotor esta população apresenta algumas dificuldades (Mansur e Marcon, 2006), sendo que todos os fatores psicomotores são afetados. Ao nível do 1º e do 2º fator psicomotor (tonicidade e equilíbrio) os indivíduos com DID apresentam dificuldades no comprometimento da integração sensorial. Já ao nível da lateralização as dificuldades, podem levar ao comprometimento das aprendizagens simbólicas, das funções emocionais e de memória, bem como da especialização hemisférica. No que se refere ao 4º fator psicomotor (noção do corpo) existe uma dificuldade no que toca à definição das diferentes partes do corpo, reconhecimento tátil, ao reconhecimento do Eu e a desorientação espacial. Também comprometimentos na estrutura espaço-temporal podem levar a dificuldades ao nível dos processos de “análise, integração e memória”. Quanto à praxia global e praxia fina podem verificar-se a presença de movimentos descoordenados e estereotipados (Ke e Liu, 2015; Poppes et al., 2010; WHO, 2007) havendo autores que defendem que existe uma lentidão do desenvolvimento motor em crianças com DID, comparativamente aos seus pares (Rintala e Loovis, 2013). Também na locomoção em atividades relacionadas com a autonomia individual como o vestir e a higiene pessoal são notadas dificuldades, bem como ao nível da destreza manual e equilíbrio, ao mesmo tempo que reforçam a associação entre o desenvolvimento motor e o cognitivo (Hartman et al., 2010; Vuijk, Hartman, Scherder e Visscher, 2010).

Os indivíduos com DID podem apresentar também outras comorbilidades, tais como epilepsia, problemas de comportamento, paralisia cerebral, deficiência sensorial, perturbações no âmbito da saúde mental, perturbação do espectro do autismo (PEA), que requerem especial atenção para a planificação da intervenção (Ke e Liu, 2015; WHO, 2007).

Importa referir que a estagiária realizou intervenção psicomotora com 9 clientes com DID, sendo que 2 apresentam comorbilidade com Trissomia 21, e 1 tinha o Síndrome Alcoólica Fetal, pelo que importa caracterizá-las no sentido de compreender qual o contributo da Intervenção Psicomotora nas mesmas. De referir ainda que a população-alvo manifesta as dificuldades descritas pela literatura.

Analisando especificamente todos os fatores psicomotores podem verificar-se limitações por parte de todos os clientes em todos eles. No que se refere á tonicidade está presente a hipertonia e a hipotonia, verificando-se, ainda, limitações na marcha como andar em bicos de pés, deslocar-se lentamente e marcando o passo; a nível do equilíbrio, todas as atividades que requerem o recurso a este fator são marcadas por medo, ansiedade e uma elevada tensão muscular; na lateralidade, predomina a indefinição da mesma assim como desconhecimento/dificuldades no reconhecimento da direita/esquerda. No que toca ao 4º fator psicomotor, noção do corpo, a maioria do grupo reconhece partes mais básicas (braço, perna, nariz), o que não acontece relativamente a aspetos mais específicos (cotovelo, calcanhar, tornozelo); na estruturação espaço-temporal, predomina a ausência de noção de ritmo, com exceção de um cliente, que apresenta uma noção de ritmo acima do esperado, que facilita a realização das atividades planeadas; todos apresentam dificuldades ao nível da organização espacial. Todas as dificuldades inerentes aos clientes repercutem-se igualmente em dificuldades ao nível da praxia global e da praxia fina, sendo que apenas uma cliente aprecia atividades que requerem o recurso à praxia fina. Quanto á linguagem, todos os clientes manifestam dificuldades, sendo que apenas dois clientes são capazes de comunicar de forma oral, ainda que com muitas dificuldades e emitindo apenas palavras soltas. Ainda ao nível da caracterização da população, importa ter em atenção que estes apresentam, também, várias dificuldades ao nível da atenção, concentração e memória, sendo capazes de se manter numa atividade apenas por pequenos períodos de tempo. É de referir ainda que se observam também dificuldades ao nível da autonomia pessoal em todos os indivíduos

2.2. Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)

2.2.1. Definição – Síndrome Alcoólica Fetal

No final do século XIX e inícios do século XX começaram a aparecer estudiosos interessados em perceber qual a relação da ingestão de álcool por parte das gestantes e possíveis malformações dos fetos, contudo foi apenas em 1968 que Paul Lemoine publicou um estudo intitulado *“Les enfants de Parents alcooliques. Anomalies observées à propôs de 127 cas”* no qual 127 filhos de pais e mães alcoólatras, apresentavam malformações e características faciais distintas. Passados alguns anos, em 1973 Ken Jones e David Smith relataram que a anomalia provocada pelo consumo de álcool materno seria apropriadamente intitulada de Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) (Hoyme et al., 2005).

Sabe-se que o cérebro é o órgão mais suscetível aos efeitos nefastos da exposição pré-natal ao álcool, responsável pela emergência de perturbações permanentes, a nível neurológico, comportamental, desenvolvimental e intelectual (Momino, Sanseverino e Schüller-Faccini, 2008).

Assim, a Síndrome Alcoólica Fetal acontece em crianças que foram expostas à substância etanol, presente no álcool, durante a sua gestação, sendo que esta síndrome depende principalmente de 3 fatores sendo estes, a quantidade de álcool que foi ingerida pela mãe durante a gravidez; maior ingestão de 90 ml diário, e moderado de 30-60 ml diário; do período gestacional em que a ingestão do álcool foi realizada; assim como a capacidade da mãe e do feto em metabolizar o etanol (Alves, 2016).

Segundo Alves (2016) na maioria dos casos em que foi ingerido álcool durante a gravidez, a probabilidade de ocorrerem partos prematuros, abortos espontâneos e os bebés apresentarem retardos no crescimento eram bastante elevadas. Ainda segundo este autor, a ação do acetaldeído causa efeitos de inibição na síntese do ADN, no transporte de aminoácidos pela placenta e principalmente no desenvolvimento do cérebro fetal.

Apesar da evidência clara dos efeitos nefastos do álcool no feto, ainda não foi definido um limite de consumo de álcool considerado aceitável durante a gravidez, pelo que as indicações às gestantes vão no sentido de completa abstinência de álcool (Nascimento et al., 2007).

Quanto ao diagnóstico, este ainda não é completamente claro nem fácil de se proceder, pois esta síndrome não apresenta um marcador bioquímico e as manifestações da doença

são altamente variáveis, contudo Soliz et. al. (2009) apresentou 4 critérios que definiriam se a criança sofresse de SAF, sendo estes:

- Observação das anomalias faciais específicas como as fissuras palpebrais curtas, o lábio superior delgado, a mandíbula pouco desenvolvida e as anomalias da parede auricular;
- Análise do retardo no crescimento que abrange na infância podendo persistir até a puberdade;
- Evidências sobre as disfunções do SNC como a microcefalia, retardo mental e problemas de conduta;
- Análise histórica de exposição pré-natal ao álcool.

O diagnóstico da SAF é realizado entre os 2 e os 11 anos de idade, atendendo que é nesta altura que as alterações faciais se tornam mais evidentes, bem como os comportamentos resultantes das alterações no SNC (Mesquita e Segre, 2009).

2.2.2. Características – Síndrome Alcoólica Fetal

Existem três critérios mínimos para que se possa caracterizar a SAF, estabelecidos desde os estudos iniciais de 1968, sendo estes, a presença de dismorfias craniofaciais, anomalias do SNC e défices de crescimento (Garcia et al., 2007; Hoyme et al., 2005; Momino et al., 2008; Nascimento et al., 2007; Ramalho e Santos, 2015).

- Dismorfias craniofaciais:

Caracterizadas por fissuras palpebrais estreitas, prega do epicanto, nariz curto e antevertido, ausência de filtro nasal, retro ou micrognatia, borda vermelha do lábio superior fina e, mais raramente, ptose palpebral, estrabismo e microftalmia.

- Anomalias do SNC:

Microcefalia (perímetro cefálico inferior ao percentil 10). Anomalias estruturais do cérebro, incluindo agenesia do corpo caloso e hipoplasia cerebelar e ainda defeitos do tubo neural. Retardo de desenvolvimento neuropsicomotor, retardo mental (com consequente queda do QI) e alterações de comportamento. Encontram-se problemas de atenção escolar e redução da relação atenção/memória e há lentidão no processamento de informações. Sabe-se ainda que a matéria mais prejudicada no aprendizado é a matemática.

- Défices de crescimento:

Níveis de desenvolvimento pré e/ou pós natal inferiores à média (peso, estatura ou circunferência craniana menor que o percentil 10 para a idade gestacional).

A SAF afeta ainda vários outros domínios pondo em causa o desenvolvimento global e a qualidade de vida do indivíduo (APA, 2013; Doney et al., 2014; Lucas et al., 2014; Ramalho e Santos, 2015):

- Desempenho intelectual global (QI): défice significativo ou défices neurocognitivos em qualquer das seguintes áreas: função executiva, aprendizagem, memória e/ou raciocínio visuoespacial;
- Capacidade de Auto-regulação: dificuldade na regulação do humor ou do comportamento, défice de atenção e/ou défice no controlo de impulsos;
- Comportamento Adaptativo: dificuldades na comunicação, nas interações sociais e défices nas atividades da vida diária;
- Capacidade motora: capacidades de praxia fina complexas (e.g.: a integração visuo-motora) apresentam alterações com maior frequência, comparativamente em tarefas de praxia fina mais simples (e.g.: preensão); simultaneamente, verificasse uma associação significativa entre exposição pré-natal ao álcool e défices ao nível do equilíbrio e coordenação motora.

Ocorrem também várias outras malformações congênitas, uma vez que todos os órgãos e sistemas podem ser afetados, seja em maior ou menor grau, sendo algumas dessas malformações as seguintes (Segre, 2010):

- Alterações cardíacas;
- Mais raramente anomalias renais;
- Desordens auditivas.

Na instituição existe um cliente diagnosticado com SAF, sendo visível as características inerentes à presença desta síndrome, nomeadamente: DID, dificuldades de aprendizagem, baixo peso e estatura, escoliose e dismorfias craniofaciais, hipertonia, marcha marcada e na ponta dos pés, tiques, discurso pobre, não sendo capaz de elaborar uma frase completa. O cliente é afetuoso e capaz de estabelecer relações interpessoais, manifestando baixa tolerância à frustração.

2.3. Trissomia 21

2.3.1. Definição – Trissomia 21

Uma das formas mais facilmente reconhecidas de Deficiência Mental é a Síndrome de Down ou Trissomia 21. Esta Síndrome começou a ser alvo de pesquisas por volta do ano de 1866 quando John Langdon Down a descreveu pela primeira vez, dando o seu nome a esta trissomia (EDSA, 2018). Contudo foi apenas em 1959 que foi identificada a sua etiologia pelo médico francês Jerome Lejeune (Meneghetti, BlascoviAssis, Deloroso e Rodrigues, 2009).

Trissomia 21 (T21) ou mais recentemente designada por Síndrome de Down, segundo Morato (1992; apud Cunha e Santos, 2007) é uma alteração na organização genética e cromossômica do par 21, que ocorre pela presença extra de um cromossoma nas células do organismo, que pode ser total ou parcial, dependendo do tipo de alteração que tenha ocorrido no cromossoma. Esta alteração pode ocorrer devido à troca de partes com outro cromossoma de outro par ou por alterações do cromossoma do par 21. De um modo mais simples a Trissomia 21 resulta de irregularidades no processo de divisão celular.

Sabe-se que esta Trissomia ocorre aproximadamente a cada um ou dois nascimentos em mil e caracteriza-se por ser a alteração cromossômica mais comum entre os seres humanos (Meneghetti et al., 2009), e geralmente é das poucas que permite o desenvolvimento do embrião até ao final da gravidez.

São conhecidos 3 tipos diferentes de alteração que podem levar à T21, sendo estes processos os seguintes (Alves e Oliveira, 2011; Prado, Mestrinheri, Frangella, e Mustacchi, 2009):

- O caso mais comum, afetando 95% dos portadores é devido à não-disjunção cromossômica total, na medida em que todas as células do feto adquirem um cromossoma 21 extra;
- Trissomia 21 por mosaïcismo, afeta 2% dos casos: a alteração não afeta todas as células, (Prado et al., 2009; Siqueira, 2006);
- Trissomia 21 por translocação: caracteriza-se por uma translocação de todo ou um componente do cromossoma extra que terá maior predisposição para se ligar ao cromossoma 13, 14 e 15. Neste caso trata-se de uma trissomia parcial e afeta cerca de 3% dos casos (Frank e Esbensen, 2014; Prado et al., 2009; Silva e Dessen, 2002; Siqueira, 2006).

Atualmente, a causa desta mutação genética ainda é desconhecida, no entanto existem alguns fatores de risco que podem remeter para um diagnóstico de T21 (Silva e Dessen, 2002). Estes fatores podem ser:

- A idade materna (único fator comprovado por estudos até ao momento) (Alves e Oliveira, 2011; Freire, Melo, Hazin e Lyra, 2014; Matos, Santos, Pereira e Borges, 2007; Silva e Barreto, 2012). Se a progenitora tiver mais de 35 anos as probabilidades de gerar um filho com Trissomia 21 são elevados (EDSA, 2018; Matos et al., 2007; Nakadonari e Soares, 2006; Silva e Dessen, 2002), devido ao facto do envelhecimento dos ovócitos e pela menor probabilidade de ocorrência de abortos espontâneos, pela má formação do zigoto (Nakadonari e Soares, 2006; Silva e Barreto, 2012).
- A predisposição genética por um dos progenitores;
- O filho anterior já possuir a trissomia.

Quanto ao diagnóstico este pode ser realizado através de vários exames, como a amniocentese, exames de sangues e ultrassonografia (observação de alterações fenotípicas e outras características, sendo fundamental realizar diagnóstico diferencial atendendo a que algumas das características não são exclusivas à T21) (Alves e Oliveira, 2011; Silva e Dessen, 2002). Importa referir que tanto o exame de sangue como a ultrassonografia não constituem técnicas invasivas para o feto, apresentando uma grande capacidade em detetar T21 (Nakadonari e Soares, 2006).

No que concerne à sua prevalência, a evolução dos cuidados de saúde e o aumento do acesso aos mesmos conduziram a um aumento da esperança média de vida dos indivíduos com T21, o que pode justificar, em parte, o aumento da prevalência global desta trissomia (Freire et al., 2014; Wiseman et al., 2015).

2.3.2. Características – Trissomia 21

Os indivíduos portadores de Trissomia 21 têm características muito próprias que os diferenciam dos outros indivíduos. Deste modo, estas características revelam-se a nível físico, a nível do desenvolvimento psicomotor, da saúde, da comunicação, da cognição e da aprendizagem (Fernandes, n.d. cit.in Machado, 2008).

Importa ter em atenção que numa fase inicial do desenvolvimento não se observam grandes disparidades entre crianças com e sem Trissomia 21, aumentando essa discrepância à medida que as capacidades a adquirir se tornam mais complexas (Frank e

Esbensen, 2014; Grieco et al., 2015), o que reforça a pertinência da intervenção precoce e a análise do perfil de indivíduos com Trissomia 21 (Frank e Esbensen, 2014).

Segundo Oliveira, 2010, “Selikowitz (1990) e López (1995) descrevem as crianças com Trissomia 21 como apresentando características físicas marcantes, tais como: a cabeça geralmente mais pequena do que o normal, e a parte superior da mesma é levemente achatada; a cara tem aspeto plano porque a ponta do nariz é ligeiramente mais baixa e as maçãs do rosto mais altas, o que também faz com que o nariz pareça mais pequeno e achatado; os olhos são ligeiramente inclinados para cima e rasgados com uma pequena prega de pele nos cantos anteriores; as orelhas são geralmente pequenas, assim como os lóbulos auriculares; a boca é relativamente pequena e tende a manter-se aberta porque a língua embora não seja desproporcionalmente grande, tem menos espaço na cavidade bucal, e devido à falta de tonicidade, esta tem tendência a sair fora da boca. A voz geralmente é gutural, baixa e a sua articulação difícil. No que respeita aos membros, os braços e as pernas são curtas em comparação com a longitude do tronco, e as mãos são largas, gordas, com dedos curtos, e apresentam frequentemente uma única prega palmar. Os pés são também bastante típicos, largos, com um espaço amplo entre o primeiro e o segundo dedo e uma ruga na planta do pé. A pele tem tendência a ser seca e áspera.”

Também segundo o mesmo autor “as crianças com Trissomia 21 apresentam, regra geral, uma estatura mais baixa porque produzem menos hormonas de crescimento” (Oliveira, 2010). Relativamente ao desenvolvimento motor destas crianças, é semelhante ao desenvolvimento das crianças sem qualquer tipo de patologia, mas a um ritmo inferior. A hipotonia muscular é um dos principais sinais dados pelas crianças que apresentam Trissomia 21, em que as articulações musculares se encontram ligeiramente relaxadas, e em que ocorrem atrasos nas diversas áreas percetivo-motoras. São ainda notórios os problemas de equilíbrio uma vez que os reflexos são lentos e fracos, salientando-se também dificuldades no controlo do próprio corpo. Relativamente à motricidade fina, estas crianças mostram algumas dificuldades na execução das tarefas manuais, conforme vai aumentando a sua complexidade (Santos, 2007, citado in Oliveira, 2010). A este nível importa ainda referir o estudo de Frank e Esbensen (2014), no qual se verificou a inexistência de diferenças significativas entre crianças com e sem Trissomia 21 aquando da aquisição de competências de praxia fina, escrita, alimentação e higiene, no entanto, estas diferenças tornaram-se significativas à medida que aumentava o grau de dificuldade das competências a adquirir (Frank e Esbensen, 2014), o que justifica a pertinência de analisar o perfil cognitivo de sujeitos portadores desta trissomia.

Um dos aspetos que mais caracteriza a Trissomia 21 é a desaceleração no desenvolvimento do SNC, sendo o tamanho do cérebro reduzido, em especial o lobo frontal (área responsável pelo pensamento abstrato, linguagem, comportamento), tronco cerebral (área responsável pela atenção e vigia) e o cerebelo (área responsável pelo controlo motor) (Freire et al., 2014), o que permite compreender as dificuldades encontradas quer ao nível cognitivo, linguístico, motor e comportamental.

Ao nível da saúde estes indivíduos apresentam também outros problemas que são notórios ao nível da visão, da audição e das vias respiratórias, problemas intestinais, cardíacos, hormonais, esqueléticos e ainda de obesidade. Sendo assim, podem ocorrer:

- Problemas cardíacos como cardiopatias congénitas, anomalias no septo auriculoventricular e tetralogia de Fallot, endocardite bacteriana e hipertensão pulmonar (Fernandes, n. d.; Lacerda, n. d.; Vinagreiro e Peixoto, 2000 cit. in Machado, 2008).
- Complicações no foro gastroenterológico por exemplo atresia duodenal, estenose pilórica, doença de Hirschsprung e fistulas traquio-esofágicas;
- Os problemas de visão que podem surgir passam por cataratas congénitas, glaucomas, miopia, hipermetropia, astigmatismo, estrabismo, alterações de córnea, nistagmo, infeções oculares, manchas de Brushfield e neoplasia;
- Hipotiroidismo congénito e luxação congénita da anca também podem acontecer;
- Devido à diminuída imunidade celular existe maior incidência de leucemias, hipertrofia das adenoides e das amígdalas. São comuns também convulsões;
- As alterações auditivas que podem surgir passam por otites serosas crónicas (Fernandes, n.d.; Guerreiro, 1998; Lacerda, n. d.; Lapa et al., 2002; Vinagreiro & Peixoto, 2000 cit. in Machado, 2008).

Indivíduos com Trissomia 21 apresentam também várias limitações no que toca à aprendizagem (Siqueira, 2006), sendo que esta se caracteriza por ser lenta, com necessidade de lhes ensinar coisas que deveriam aprender sozinhos; dificuldade em aprender tarefas simples, em efetuar novas aprendizagens e dificuldade em generalizar. Estas crianças apresentam ainda uma reduzida capacidade para adquirir aprendizagens não planeadas e têm dificuldade em selecionar o que é relevante (Smith, 1998).

Segundo Trancoso e Cerro (2004, apud Correia, 2009) a nível cognitivo podem surgir problemas nos mecanismos de atenção, estado de alerta e iniciativa própria; e ainda na expressão do temperamento, do comportamento e da sociabilidade. Quanto aos processos

de memória a curto e a médio prazo também são afetados, bem como os mecanismos de correlação, de análise, de cálculo, de pensamento abstrato e de linguagem expressiva.

Ao nível da linguagem as crianças com Síndrome de Down, segundo Blasco e Hernández (1997, apud Correia, 2009) apresentam um desajuste entre a linguagem compreensiva e expressiva, sendo que no primeiro a evolução destas crianças pode ocorrer como a de uma criança sem Trissomia 21 mas com um desfasamento temporal e com alguns défices particulares na organização do comportamento. No que diz respeito à linguagem expressiva esta pode ser prejudicada por problemas respiratórios; perturbações fonéticas, auditivas e articulatórias e pelo tempo de latência da resposta muito prolongado.

Quanto ao desenvolvimento social, indivíduos com Trissomia 21 apresentam uma boa socialização, mesmo com as dificuldades na linguagem oral, apresentando inclusive, maior empatia e transmitindo maior número de sinais emocionais positivos comparativamente a indivíduos portadores de outras deficiências. O comportamento de indivíduos com Trissomia 21 é marcado, ainda, pelo uso de gestos como principal meio de comunicação, que facilitam a transição de ações motoras para a linguagem falada assim como facilitam a sua interação social (Freire et al., 2012).

No que se refere ao Comportamento Adaptativo de indivíduos com Trissomia 21, torna-se pertinente analisar os resultados a nível nacional (Santos e Morato, 2012a), sendo que a amostra foi constituída por indivíduos com e sem DID, com Trissomia 21 e multideficiência verificando-se que:

- Indivíduos com Trissomia 21 apresentaram menores valores nos domínios referentes à autonomia, desenvolvimento físico, atividade doméstica, atividade pré-profissional, personalidade, responsabilidade e socialização comparativamente a indivíduos com DID ligeira. Contudo, apresentam resultados superiores aos outros grupos (com exceção dos indivíduos sem DID);
- Indivíduos com Trissomia 21 apresentam valores mais baixos em relação a indivíduos com DID ligeira e moderada nos seguintes domínios: atividade económica, desenvolvimento da linguagem e números e tempo, no entanto, apresentam resultados superiores aos outros grupos (com exceção dos indivíduos sem DID).

Já nos domínios da parte II da ECAP, os resultados obtidos verificaram que:

- Indivíduos com Trissomia 21 obtiveram pontuações mais elevadas, nos domínios relativos ao comportamento social, conformidade, comportamento estereotipado e hiperativo, comportamento sexual e comportamento interpessoal perturbado,

comparativamente a indivíduos com DID ligeira; importa referir que nos domínios comportamento social e comportamento interpessoal perturbado, indivíduos com Trissomia 21 apresentaram maior desajustamento também em relação ao grupo de indivíduos com DID moderada;

- Indivíduos com Trissomia 21 apresentaram menor desajustamento comparativamente aos outros grupos (com exceção dos indivíduos sem DID) nos domínios: merecedor de confiança, comportamento auto-abusivo e ajustamento social, sendo que este último apresenta uma grande discrepância face aos outros grupos.

Refletindo agora os dois clientes com Trissomia 21 com quem a estagiária interveio no âmbito da intervenção psicomotora, verifica-se, de um modo geral, a presença de algumas das características apontadas: dificuldades cognitivas (memória, atenção, concentração, raciocínio, capacidades de associação), limitações na linguagem (marcada por ausência de discurso, e realizada por gestos e expressões faciais); a nível motor, é visível a hipotonia de um dos casos e hipertonia em outro, verificando-se, em ambos, dificuldades ao nível de todos os fatores psicomotores. Os dois clientes manifestam ainda dificuldade face ao cumprimento de regras quando o foco de atenção se encontra numa atividade de interesse pessoal, assim como baixa tolerância à frustração; simultaneamente, são afetuosos, não manifestando dificuldades ao nível do estabelecimento de relações interpessoais (apresentam capacidade de interação com indivíduos que contactam pela primeira vez, assim como com todos os profissionais que realizam funções na instituição). Num dos casos observa-se, ainda, uma forte necessidade de contacto físico.

3. Enquadramento da Prática Profissional do Psicomotricista

Neste subcapítulo irá ser abordada inicialmente a temática da Psicomotricidade seguindo-se depois de uma breve descrição da Intervenção Psicomotora bem como de algumas técnicas usadas nesta intervenção.

3.1. Psicomotricidade

Segundo Fonseca (2010) a Psicomotricidade é a ciência que investiga as relações e as influências recíprocas entre o psiquismo e a motricidade e que estuda o Ser Humano tanto aos níveis biopsicossocial, afetivo-emocional e psicosociocognitivo. É conhecida como “a ciência que estuda o Homem através de seu corpo em movimento” pois toda a ação está envolvida a um movimento e todo ato motor tem uma ação e um significado.

Na Psicomotricidade é grande a abordagem atribuída ao corpo e à motricidade, sendo que estas componentes são primordiais do comportamento humano e respetiva evolução (Fonseca, 2010; Matias, 2005). Assim sendo, a motricidade é definida como o conjunto de manifestações e revelações mentais, intelectuais e corporais que envolvem as suas funções, como as funções tónicas, posturais, somatognósicas e práxicas (Fonseca, 2004; Fonseca, 2005); é definida, também, como o domínio do corpo, agilidade, destreza, locomoção, ou seja, a capacidade que o indivíduo tem para se movimentar de forma autónoma e voluntária (Bueno, 2014). Já o psiquismo é definido como o funcionamento mental do indivíduo, que tem como função a integração de sensações, percepções, emoções, afetos, aspirações, medos e simbolizações, integrando, simultaneamente, a complexidade dos processos relacionais e sociais e todos os processos cognitivos (e.g.: atenção e o processamento), e sensoriais (Fonseca, 2004; Fonseca, 2005).

Percebemos assim, que a Psicomotricidade não dissocia o corpo da mente pelo que a motricidade humana passa a ser entendida e estudada como uma resposta adaptativa, que está na origem da sobrevivência, da evolução da espécie e da sua cultura (Fonseca, 2010).

É ainda de referir e baseada na revisão da literatura, que a Psicomotricidade compreende duas sub-áreas sendo estas a Psicomotricidade Instrumental, a qual se debruça sobre a relação existente entre o indivíduo e o seu envolvimento objetivando a exploração sensoriomotora, valorizando o princípio da intencionalidade e da consciencialização da ação. Esta intervenção tem em atenção as características do

envolvimento e os objetos que constituem o mesmo e existe um planeamento de atividades mais rigoroso, pelo que o indivíduo está sujeito ao limite de tempo atribuído por atividade (Martins, 2001); e a Psicomotricidade Relacional que se caracteriza pela abordagem atribuída ao corpo baseando-se na mediação corporal, considerando que o sujeito, através do movimento e da regulação tónica, constrói e/ou reorganiza os processos simbólicos (Costa, 2008; Vieira, 2014), este tipo de intervenção baseia-se nas relações entre cliente-Psicomotricista e cliente-pares, organizando espaços lúdicos de aprendizagem (Almeida, 2013; Vieira, 2014). Nesta sub-área, o Psicomotricista atua como mediador, promovendo o envolvimento da pessoa na atividade, desenvolvendo os objetivos terapêuticos e/ou educacionais (Almeida, 2013). Segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP), os Psicomotricistas podem exercer a sua atividade profissional no **âmbito terapêutico** (com o intuito de ultrapassar problemáticas a nível psicoafectivo que dificultam a adaptação do indivíduo); **reeducativo** (quando se verifica a existência de comprometimento do desenvolvimento e da aprendizagem), e **educativo e/ou preventivo** (quando se pretende estimular o desenvolvimento psicomotor, a aprendizagem e a melhoria e/ou manutenção da autonomia nas diferentes fases da vida) (APP, 2017; Bueno, 2014; Mello, 1989; Nicola, 2004).

3.2. Intervenção Psicomotora

A Intervenção Psicomotora (IP) proporciona ao indivíduo a possibilidade de se conhecer a si próprio e aquilo que o rodeia. Esta intervenção pretende ainda equilibrar e promover o potencial motor, cognitivo, afetivo e relacional do indivíduo (Matias, 2005; Reis, 2008); permite ao sujeito experienciar, novamente o prazer sensório-motor, através do movimento e da regulação tónica, promovendo, assim, a estruturação da simbolização e a adaptação aos diferentes contextos de vida (Martins e Naia, 2006).

A IP encara o indivíduo na sua unidade, e tem como principal objetivo a promoção da autonomia da pessoa, objetivando, a médio e longo prazo, a melhoria da sua qualidade de vida (Bueno, 2014; Nicola, 2004; Pereira, 2004; Reis, 2008).

Segundo Probst, Knapen, Poot e Vancampfort, (2010) a IP utiliza a atividade motora e o exercício da consciência corporal de uma forma sistemática como meio de ação, que utiliza um conjunto de técnicas psicomotoras expressivas e de relaxação, numa base de intervenção suscetível de mudança e adaptação às características de cada indivíduo.

As técnicas utilizadas ao longo da IP estão estritamente relacionadas com as características do utente, não sendo estas utilizadas de forma rígida, visto que o objetivo nesta intervenção não é utilizar uma única técnica em tempo indeterminado, mas sim utilizar diversas técnicas, que vão de encontro aos objetivos terapêuticos definidos (Maximiano, 2004).

São vários os **locais onde o Psicomotricista pode intervir** sendo que podem desenvolver o seu trabalho a nível público ou privado, nomeadamente em jardim-de-infância, escolas, escolas de ensino especial, centros de dia, instituições para pessoas com deficiência, residências para crianças e jovens, hospitais gerais e psiquiátricos, instituições de inserção social, associações desportivas, projetos municipais, centros de atividades, instituições para pessoas idosas e clínicas privadas (APP, 2017).

No que concerne ao **tipo de técnicas** utilizadas, o Psicomotricista pode recorrer a técnicas de relaxação, estimulação sensorial e de consciência corporal de modo a reorganizar o esquema e a imagem corporal e experienciar a relação tónico-emocional; técnicas gnoso-práticas a fim de desenvolver habilidades psicomotoras e a autorregulação do comportamento, promovendo uma relação entre a ação e a sua representação; técnicas expressivas e atividades lúdicas, com foco na comunicação não-verbal e exteriorização de problemas tónico-emocionais, que não são suscetíveis de ser mediados por abordagens terapêuticas verbais, e por fim, técnicas de recreação terapêutica para promoverem a qualidade de vida dos utentes (APP, 2017).

Quanto ao **espaço físico onde decorre a sessão** de Psicomotricidade este pode ser de 2 tipos, sendo estes terrestre e aquático. Relativamente ao meio terrestre, refere-se o contexto de sala e o contexto hípico. Já em relação ao meio aquático refere-se as atividades desenvolvidas na piscina.

A APP já dispõe de Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses e de Código Deontológico. A profissão de Psicomotricista está regulamentada nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) mas ainda não está regulamentada pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde. Devido a este facto a APP continua a desenvolver iniciativas neste sentido (APP, 2017).

Realização da Pática Profissional

2 Segundo capítulo

II Realização da Prática Profissional

Neste capítulo caracteriza-se todo o trabalho desenvolvido na Nuclisol Jean Piaget de Vila Real, englobando questões de logística (duração do estágio, horário, locais), assim como questões técnicas (população alvo, avaliação, planos de sessão, intervenção). Neste capítulo constará ainda uma breve descrição e caracterização dos contextos de intervenção. Serão ainda abordados outros aspetos associados ao estágio como as atividades extracurriculares, os eventos, entre outros.

1. Calendarização, duração e horários do estágio

O estágio teve a duração de 6 meses, com início a 27 de Abril de 2018 e término a 19 de Outubro de 2018, estando a duração do mesmo relacionada com a mudança do local de estágio tal como anteriormente justificado. A estagiária teve a necessidade de estabelecer horários distintos visto que o estágio se iniciou tardiamente, em Abril de 2018, quase no final do ano letivo de 2017/2018. Assim foi acordado, para que o número de horas previsto fosse cumprido, que o estágio incluísse os meses de Abril, Maio, Junho, Julho, Agosto, Setembro e Outubro.

O horário inicial (tabela 1), o segundo horário (tabela 2) e o terceiro horário (tabela 3) da estagiária foram estabelecidos conjuntamente com a orientadora local, num total de 28h45 por semana, respeitando-se o horário de funcionamento da instituição (das 7h45 às 19h), bem como a sua calendarização de atividades dos anos letivos 2017/2018 e 2018/2019.

Tabela 1 – Primeiro horário da estagiária

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
08h45					PM crianças de 4 e 5 anos
09h00				Piscina crianças de 3 anos	
09h30	Apoio/ Vigilância	PM CAO (Grupo de Estagiários da UTAD)	Apoio/ Vigilância	Piscinas crianças de 4 e 5 anos	PM crianças de 2 anos
10h00	Boccia CAO		Equitação Terapêutica CAO		Apoio/ Vigilância
11h00	Piscinas CAO			Piscina CAO	Piscina CAO
12h00	Dar almoço	Dar almoço	Dar almoço	Dar almoço	Dar almoço
13h00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
14h00	Psicologia	PM CAO	Dança Inclusiva CAO		PM CAO
15h00	Positiva CAO				
16h00	Lanche	Lanche	Lanche		Lanche

Tabela 2 – Segundo horário da estagiária

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
09h30	Piscinas crianças com 3 anos	Apoio/ Vigilância	Apoio/ Vigilância	Apoio/ Vigilância	Apoio/ Vigilância
10h15	Piscina crianças com 4 e 5 anos	Atividades de lazer e passeios pela cidade	Atividades de lazer e passeios pela cidade	Caminhadas CAO	Caminhadas CAO
11h00	Piscina CAO			Piscina CAO	Piscina CAO
12h00	Dar almoço	Dar almoço	Dar almoço	Dar almoço	Dar almoço
13h00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
14h00	Sessão de cinema CAO	PM CAO (Menos Autônomos)	PM CAO (Autônomos + Menos Autônomos)		PM CAO (Menos Autônomos)
15h00					
16h00	Lanche	Lanche	Lanche		

Tabela 3 – Terceiro horário da estagiária

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
09h30	Atividades Psicomotoras CAO	Apoio/ Vigilância	Apoio/ Vigilância	Atividades Psicomotoras CAO	Atividades Psicomotoras CAO
10h00		Atividade Física Adaptada CAO	Equitação Terapêutica CAO		
11h00				Piscina CAO	Piscina CAO
12h00	Dar almoço	Dar almoço	Dar almoço	Dar almoço	Dar almoço
13h00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
14h00	Psicologia Positiva CAO	PM CAO (menos autônomos)	Dança Inclusiva CAO		PM CAO (menos autônomos)
15h00					Lanche
16h00	Lanche	Lanche	Lanche		Lanche

É de referir que o primeiro horário da estagiária correspondeu ao mês de Maio e à primeira metade do mês de Junho, horário estabelecido em conformidade com o ano letivo 2017/2018. O segundo horário corresponde à segunda metade do mês de Junho, do mês de Julho todo e do mês de Agosto, estabelecido em conformidade com o período de férias. Neste período de tempo a estagiária teve ainda a oportunidade de trabalhar com os jovens – adultos do CAO do grupo mais autónomo em contexto sala, sendo que nos anexos existirá um plano de sessão bem como um relatório de sessão planeado e desenvolvido para este grupo (ANEXO 8). Por último, o terceiro horário da estagiária correspondeu aos meses de Setembro e de Outubro e foi estabelecido em conformidade com o início o ano letivo de 2018/2019. De seguida será apresentado um cronograma (tabela 4) que inclui todas as atividades realizadas, bem como a sua organização temporal, tanto da instituição como das atividades realizadas no CHTMAD, EPE.

Tabela 4 – Cronograma referente às atividades realizadas ao longo do período de estágio

Atividades Realizadas	2017			2018									
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.
Observação/Voluntariado (CHTMAD)	X	X	X	X	X	X	X						
Avaliação Inicial								X					
Observações de Sessões								X	X	X	X	X	X
Sessões com supervisão								X	X	X	X	X	X
Sessões sem supervisão								X	X	X	X	X	X
Avaliação Final													X
Reuniões de Acompanhamento (CHTMAD)	X	X	X					X					
Pesquisa	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	
Elaboração do Relatório de Estágio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2. População-Alvo e Contextos de Intervenção

Ao longo do estágio foram vários os contextos e as populações com que a estagiária trabalhou, desempenhando com cada um deles um trabalho ou de intervenção ou de colaboração. De seguida serão apresentados na tabela 5 os grupos com quem a aluna interveio, o contexto onde foi dada a sessão e de que forma interveio (intervenção e/ou colaboração). É ainda de referir que quando se fala em “intervenção” refere-se à sessão planeada e dada pela estagiária, sendo que quando se refere a “colaboração” refere-se à ajuda prestada a outro técnico (educador, professor, psicomotricista) no decorrer da sessão.

É de referir ainda que a colaboração na Equinoterapia com o grupo CAO refere-se à ajuda que a estagiária dava na deslocação dos clientes bem como na observação e segurança dos mesmos. É de referir que a estagiária acompanhava somente de 15 em 15 dias, a equitação terapêutica devido ao facto de a carrinha que era utilizada para o transporte ser apenas de 7 lugares, dando-se a prioridade aos clientes. Quanto à colaboração com o grupo do ensino pré-escolar e creche, esta refere-se à ajuda que a estagiária dava à Psicomotricista da instituição durante as sessões quer em meio aquático quer em sala. Nas sessões das crianças do pré-escolar e da creche a estagiária dava sempre as instruções de uma ou duas atividades planeadas, e de seguida auxiliava no decorrer do resto da sessão com a psicomotricista.

Tabela 5 – Caracterização dos contextos de intervenção e população-alvo

Clientes	Total	Idades	Função desempenhada	Contexto de Intervenção
CAO (autónomos)	25	[23-50]	Intervenção	Sala
CAO (menos autónomos)	9	[23-50]	Intervenção	Sala Meio Aquático
			Colaboração	Equoterapia (APPACDM)
Ensino Pré-Escolar	30	[3-5]	Intervenção/ Colaboração	Sala Meio Aquático
Creche	8	[1-2]	Intervenção/ Colaboração	Sala

2.1. População-Alvo

A estagiária exerceu as suas funções em sessões grupais em seguida caracterizadas para uma melhor compreensão do estágio.

2.1.1. Grupo CAO (Centro de Atividades Ocupacionais)

O grupo do CAO era constituído por 34 indivíduos, estando a intervenção da estagiária destinada aos indivíduos com menor autonomia, 9 clientes (tabela 6). Importa salientar que a estagiária contactou de perto com os 34 indivíduos, colaborando com membros da equipa técnica nas atividades deste serviço e em atividades extracurriculares, tendo simultaneamente, prestado apoio nas intervenções realizadas em contexto aquático (ações inerentes às atividades de higiene individual), bem como com uma intervenção propriamente dita no período de férias escolares. A intervenção psicomotora dirigida aos 9 indivíduos com menor autonomia decorreu em contexto de sala, em contexto aquático e em contexto hípico, tal como planeado aquando do início do período de estágio. Os clientes deste grupo tinham idades entre 23 e os 50 anos, dos quais 6 são do género masculino e 3 do género feminino. Destes, dois clientes apresentam DID com diagnóstico de Trissomia 21 e um uma Síndrome Alcoólica Fetal (SAF).

Tabela 6 – Caracterização do grupo de indivíduos com menor autonomia integrados no CAO, alvo de intervenção pela estagiária (n=9)

Cliente	Idade	Gênero	Diagnostico	Tipo de Intervenção
1. Luísa	47	Feminino	T21	Meio Aquático Sala Hípico
2. Janet	36	Feminino	DID Severa	
3. Fátima	44	Feminino	DID Severa	
4. José	38	Masculino	T21	
5. Marco	40	Masculino	DID Severa	
6. Lúcio	23	Masculino	DID Severa	
7. Joaquim	24	Masculino	SAF	
8. Tô Zé	42	Masculino	DID Severa	
9. António	50	Masculino	DID Severa	

Como exemplo de atividades refere-se a realização de circuitos com recurso a colchões, cones, arcos, bancos suecos, bolas, entre outros materiais, implicando movimentos corporais e recurso a estratégias cognitivas. O recurso a estes objetos procura funcionar como uma estratégia para complexificar as tarefas motoras solicitadas e simultaneamente poder em alguns casos atuar como fator de prevenção de eventuais danos físicos resultantes de quedas. Por estratégias cognitivas entende-se o desenvolvimento de ideias que permitam realizar os circuitos de forma autónoma incluindo a exploração uma tarefa motora associando-se a conceitos como a associação de objetos a cores, os conceitos de quantidade ou de orientação no espaço.

Refere-se, ainda a realização de atividades de praxia fina implicando o recurso às capacidades de atenção e memória, assim como atividades envolvendo a relação com os seus pares. Todas as atividades realizadas foram adaptadas às características dos clientes, sendo que o grupo se encontrava na mesma sala, apesar de as atividades serem realizadas de forma individual.

As sessões com este grupo tiveram uma duração de 45 minutos e foram realizadas no auditório da instituição. De um modo geral, todas as sessões apresentaram uma estrutura semelhante, caracterizada por uma fase inicial, seguindo-se da fase fundamental, constituída por três momentos, e terminando com uma fase final, também composta por dois momentos. Nos anexos 1 e 2 constarão planos de sessão bem como os referentes relatórios, um com enfoque na relaxação (Anexo 1) e o outro com enfoque na estimulação sensorial (Anexo 2). Já no Anexo 3 contará um plano de sessão e relatório em contexto de sala com o grupo CAO mais autónomo.

Fase inicial: caracterizada por um diálogo inicial que pretendia promover a relação terapêutica e a interação entre os elementos do grupo e compreender a predisposição dos mesmos para a sessão. Com o diálogo, pretendia-se que os clientes reconhecessem que se ia dar início à sessão, o que lhes permitiu adquirir rotinas e reduzir a ansiedade inerente a alterações do seu quotidiano.

Fase fundamental: constituída por três momentos: o primeiro caracterizado pela realização de atividades de estimulação motora e envolvendo os fatores psicomotores, através da realização de circuitos variados; o segundo, caracterizado pela realização de atividades envolvendo a praxia fina e competências cognitivas; e o terceiro caracterizado por um momento de relaxação ou de estimulação sensorial.

Fase final: composta, por dois momentos: no primeiro, os clientes colaboravam na organização da sala (arrumar materiais), no sentido de promover a responsabilidade pela organização do seu próprio espaço, assim como o desenvolvimento de orientação temporal e emocional, isto é, gradualmente, os clientes adquiriram a noção de que o arrumar o material precedia o final da sessão; o segundo, e último momento da sessão, correspondia a um diálogo final, no qual se procedia à análise de todas as atividades realizadas e aspetos inerentes, nomeadamente devolução de feedbacks e reforço de competências.

Com este grupo, realizou-se, ainda, intervenção em meio aquático, com a duração de 30 minutos por sessão, estando a organização da mesma dividida também em três momentos fundamentais (Anexo 4):

Fase Inicial: Marcada pela preparação dos clientes para a entrada na piscina e pelo diálogo inicial;

Fase Fundamental: Caracterizada pela realização de deslocamentos na piscina mobilizando os membros superiores (M.S) e os inferiores (M.I) de diferentes formas, e de uma atividade, onde se recorre à utilização de fatores cognitivos, como por exemplo, memorizar os locais onde se deve colocar os objetos espalhados pela piscina;

Fase final: caracterizada por um momento de relaxação muscular e pelo diálogo final onde se procede à devolução de feedbacks sobre a sessão e se fornece a ordem para os clientes saírem da água.

a) Caracterização do Grupo CAO menos autónomo

Neste subcapítulo irá ser analisado, de uma forma sucinta o conjunto de clientes do grupo CAO com quem a estagiária realizou uma intervenção mais regular. De início constará uma breve descrição de cada cliente, seguindo-se da apresentação dos resultados iniciais obtidos pela aplicação da ECAP e da WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades (versão por representante) de todos os clientes. Por fim, serão apresentados os objetivos que a estagiária definiu no início da intervenção, terminando com a apresentação dos resultados finais e uma análise comparativa dos mesmos, por forma a observar os efeitos da intervenção.

NOTA: *O cliente que será alvo de descrição mais detalhada em estudo de caso na secção seguinte não constará nesta caracterização.*

• Caracterização dos Clientes

1. António

O António, do género masculino tem 50 anos sendo o cliente com mais idade deste grupo. Vive com uma família de acolhimento, visto já não ter família, junto com outro cliente do CAO. Tem um diagnóstico de DID severa, problemas auditivos (tem um problema fisiológico na orelha direita, sendo que não usa qualquer aparelho de audição) e tem um transtorno sexual sendo que toma medicação para este efeito. O António tem uma comunicação não-verbal, por vezes mostrando dificuldades em expressar as suas necessidades básicas. O António compreende instruções simples e consegue deslocar-se em percursos conhecidos como a instituição. Não necessita de ajuda durante a alimentação, e as ajudas que recebe nas idas à casa de banho são mínimas, controlando bem os esfíncteres. No vestir e despir tem poucas dificuldades sendo que por vezes precisa apenas de uma pequena ajuda verbal e física. Quanto à participação nas atividades e tarefas propostas, motiva-se com alguma facilidade mas por um período de tempo curto, sendo que desiste de uma atividade muito facilmente (experimenta a atividade por breves minutos, e quando já não lhe desperta interesse volta a caminhar de um lado para o outro da sala). Não consegue estar por muito tempo parado e está sempre a fazer vocalizações com a língua.

O António é um cliente afetuoso, rindo e dando cumprimentos com apertos de mão às pessoas que o cumprimentam. Por vezes, o António bate a alguns colegas, mas apenas num sentido de se “meter” com eles. Este cliente quase nunca se mostra zangado ou triste.

1. Fátima

A Fátima, do género feminino tem 44 anos de idade e reside com a família. Apresenta diagnóstico de DID severa sendo que não toma qualquer tipo de medicação. A Fátima quase não necessita de ajuda na alimentação, contudo precisa de estar em constante vigilância enquanto se alimenta pois por vezes, quando a comida está muito quente ou quando esta está mais agitada, atira com o tabuleiro da comida para o chão. Quanto às idas á casa de banho, a Fátima precisa de ajuda, usa fralda e precisa que um funcionário a acompanhe. Esta cliente várias vezes ao dia necessita que lhe mudem a fralda. No vestir e despir apresenta poucas dificuldades sendo que por vezes precisa apenas de uma pequena ajuda física. Esta cliente tem dificuldades em expressar necessidades básicas/ pedidos não utilizando a linguagem verbal. A Fátima compreende instruções simples e consegue deslocar-se em percursos conhecidos como a instituição mas sempre com ajuda física de um funcionário. Quanto à participação nas atividades e tarefas propostas, esta cliente quase nunca se mostra interessada ou atenta. Permanece no mesmo local por longos períodos de tempo. Apresenta dificuldades de locomoção e está constantemente a mexer numa das sobancelhas ou a enrolar o seu cabelo.

A Fátima é uma cliente que não demonstra grandes emoções, sendo o seu olhar na maior parte das vezes inexpressivo. É raro zangar-se ou ficar triste, sendo que isso só acontece quando algum colega a incomoda.

2. Janet

A Janet tem 36 anos de idade e vive com os pais. É uma cliente que apresenta DID severa, e vários problemas de saúde como hipertireoidismo (diagnosticado á nascença), problemas urinários, cardíacos, intestinais, depressivos e de visão, sendo que toma medicação para alguns destes problemas.

No que toca à alimentação, esta cliente quase não necessita de ajuda, sendo apenas necessário dar-lhe a sopa. Quanto às idas á casa de banho, esta cliente não precisa que a acompanhem sendo necessário apenas que algum funcionário lhe componha a roupa no final. A Janet tem controlo sobre os esfíncteres, exceto algumas vezes (cerca de 3 a 4

vezes por semana). No vestir e despir esta cliente tem que ser ajudada em quase todo o processo. Apresenta dificuldades em expressar necessidades básicas/ pedidos não tendo qualquer tipo de linguagem falada, mas usa muito os gestos para comunicar e pedir o que deseja. A Janet compreende instruções simples e consegue deslocar-se em percursos conhecidos como a instituição. Quanto à participação nas atividades e tarefas propostas, esta cliente quase nunca se mostra interessada ou atenta nas mesmas sendo difícil motivá-la a realizar tarefas motoras do seu agrado. É ainda de referir que a Janet adora brincar com legos, sendo que passa a maior parte do tempo a brincar com estes.

A Janet é raro mostrar contentamento com alguma coisa. É uma cliente que está a maior parte do tempo chateada, e com esse descontentamento, por vezes aperta os braços e as mãos e belisca os outros colegas e os funcionários.

3. José

O José tem 38 anos com um diagnóstico de Trissomia 21, não toma qualquer tipo de medicação. Este cliente em relação à alimentação e idas à casa de banho não necessita de ajuda, sendo que tem controlo sobre os esfíncteres. No vestir e despir, o José quase não necessita de ajuda sendo necessário apenas apertar-lhe os cordões dos sapatos ou ajudá-lo a vestir por vezes uma peça de roupa. Este cliente não expressa necessidades básicas/ pedidos pois só comunica de forma não-verbal. O José compreende instruções simples e consegue deslocar-se em percursos conhecidos como a instituição. Quanto à participação nas atividades e tarefas propostas, este cliente não mostra interesse nas mesmas contudo, quando motivado pela técnica realiza as mesmas. É muito risonho e meigo. Permanece por longos períodos de tempo no local onde o deixarem e se tem uma folha é capaz de passar o dia todo a abaná-la. O José está quase sempre bem-disposto, e é raro vê-lo triste ou inquieto.

4. Luísa

A Luísa tem 47 anos, tem Trissomia 21, uma DID severa e problemas de visão adquiridos devido ao seu diagnóstico. Esta cliente não toma medicação. A Luísa consegue alimentar-se sozinha e não necessita de ajuda nas idas à casa de banho, controla os esfíncteres. Quanto ao vestir e despir, necessita de ajuda quase completa, sendo que esta cliente apenas estende uma perna ou um braço como ajuda para que a vistam. Quanto ao expressar necessidades básicas/ pedidos a Luísa não o faz devendo-se isso ao facto de

ser não-verbal. A Luísa compreende instruções simples e consegue deslocar-se em percursos conhecidos como a instituição. Quanto à participação nas atividades e tarefas propostas, esta cliente não mostra interesse nas mesmas, acabando por fazer as atividades quando incentivada pela técnica. A Luísa é uma pessoa muito carinhosa e meiga, estando sempre a pedir abraços e beijos. Demonstra capacidade para decidir o que quer ou não quer fazer, sendo difícil incentivá-la a fazer algo diferente da sua vontade.

A Luísa é uma cliente muito afetuosa, sendo que é raro vê-la chateada. Isso só acontece quando a obrigam a fazer o que ela não quer, ou quando esta ainda tem fome e não lhe dão mais comida.

5. Lúcio

O Lúcio é o cliente mais novo do grupo, tendo 23 anos de idade. Vive com os pais sendo diagnosticado com uma DID severa. Este cliente toma medicação ao longo do dia sendo esta a seguinte: Risperidona; Lorazepam (2,5mg); Olanzapina; Quetiapina e HaldolDecanoato.

O Lúcio alimenta-se sozinho, contudo tem sempre que ter um funcionário perto dele pois a qualquer momento o Lúcio entorna a comida pelo tabuleiro ou atira-a para o chão. Nas idas à casa de banho o Lúcio é autónomo, contudo necessita sempre que alguém o acompanhe pois por vezes, este cliente atira mesas ou outros materiais para o chão ou foge. Por esse motivo o Lúcio necessita de uma supervisão por parte dos funcionários da instituição. Este cliente controla os esfíncteres, apesar de por vezes poder ter incontinência. No vestir e despir, o Lúcio quase não necessita de ajuda. Este cliente expressa pedidos e necessidades utilizando palavras como por exemplo “Sim”, “Obrigado”, “Quero”, entre outras, e é capaz de escrever o seu nome. O Lúcio compreende instruções simples e movimenta-se sem qualquer problema por percursos conhecidos, apesar de mostrar algum receio quando já não conhece o local. Quanto à participação nas atividades e tarefas percebe e executa o que lhe pedem, contudo só faz as tarefas quando está motivado para tal. É meigo contudo, quando está mais agitado pode demonstrar alguma agressividade, principalmente derrubando objetos que encontra ou fugindo.

O Lúcio é afetuoso e meigo, contudo tem uma grande instabilidade emocional, sendo que ri e chora sem uma razão aparente.

6. Marco

O Marco tem 40 anos de idade e vive com uma família de acolhimento pois já não tem família. Este cliente apresenta DID severa, sendo que toma medicação sendo esta a seguinte: Haloperidol (5mg); Lorazepam (2,5mg); Seroquel; Nozinan (25mg); Tegretol CR (400mg); AkinetonRetard (4mg); Omeprazol; Artane (5 mg) e Cinet (10 mg).

O Marco não necessita de ajuda no que se refere á alimentação e nas idas à casa de banho, sendo que tem controlo sobre os esfíncteres. Este cliente no que se refere ao vestir e despir necessita apenas de uma pequena ajuda física. O Marco compreende instruções simples e movimenta-se por percursos conhecidos, contudo tem sempre que ter alguma vigilância pois tem problemas de equilíbrio e consequentemente cai com facilidade. O Marco expressa verbalmente pedidos e necessidades básicas com alguma dificuldade. Quanto á participação em tarefas e atividades, motiva-se com facilidade e maioritariamente mostra-se atento nas mesmas. O Marco é meigo e respeitador e é raro mostrar-se triste.

7. Tó Zé

O Tó Zé tem 42 anos de idade e vive com uma família de acolhimento visto já não ter família. Este cliente apresenta DID severa. O Tó Zé não tem autonomia na alimentação. No que toca às idas à casa de banho, não necessita de ajuda sendo que demonstra por expressões quando quer ir à casa de banho. Tem controlo sobre os esfíncteres. Quanto ao vestir e despir, este cliente é dependente, sendo necessário vesti-lo e despi-lo sem que este dê grande ajuda. Não compreende instruções simples e não expressa pedidos não tendo linguagem falada. No que se refere às atividades e tarefas propostas, não mostra interesse nem atenção às mesmas, sendo preciso dar ajuda física constante para este participar. Este cliente tem hipersalivação e está constantemente a puxar os seus cabelos e os dos outros. Quanto á mobilidade, desloca-se sozinho por percursos conhecidos, contudo necessita sempre de vigilância pois a sua postura apresenta escolioses e lordoses o que faz com que este se desequilibre com muita frequência.

O Tó Zé está quase sempre bem-disposto, sendo que nas poucas vezes que se encontra chateado, morde as mãos e geme, devendo-se essa zanga ao facto deste cliente perceber que estão a dar mais atenção a outro cliente que a ele, e sendo o Tó Zé muito mimado, morde-se e geme para que lhe deem atenção também a ele.

- Apresentação dos resultados iniciais da ECAP e da WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades (versão por representante)

Tabela 7 – Resultados iniciais dos clientes nos domínios da Parte I da ECAP.

Domínios da Parte I	António	Fátima	Janet	José	Luísa	Lúcio	Marco	Tó Zé
I. Autonomia	40	38	34	40	24	42	36	16
II. Desenvolvimento Físico	21	20	18	21	19	25	24	12
III. Atividade Económica	0	0	0	0	0	0	0	0
IV. Desenvolvimento da Linguagem	6	6	4	3	6	8	7	3
V. Números e Tempo	0	0	0	0	0	2	1	0
VI. Atividade Domestica	0	0	0	1	0	1	1	0
VII. Atividade Pré-Profissional	2	3	2	3	1	3	3	2
VIII. Personalidade	3	4	2	4	4	4	4	2
IX. Responsabilidade	2	3	3	5	1	2	2	1
X. Socialização	9	9	9	12	8	9	9	6

Tabela 8 – Resultados iniciais dos clientes nos domínios da Parte II da ECAP.

Domínios da Parte II	António	Fátima	Janet	José	Luísa	Lúcio	Marco	Tó Zé
XI. Comportamento Social	3	1	3	0	9	8	2	4
XII. Conformidade	8	4	9	1	8	9	8	5
XIII. Merecedor de Confiança	3	2	2	1	1	3	3	4
XIV. Comportamento Estereotipado e Hiperativo	11	8	17	10	21	13	9	17
XV. Comportamento Sexual	6	1	1	0	0	4	0	0
XVI. Comportamento Auto abusivo	3	3	6	2	2	6	3	4
XVII. Comportamento Social	8	8	12	6	12	4	6	13
XVIII. Comportamento Interpessoal Perturbado	4	3	2	1	3	3	2	2

Pela análise aos resultados iniciais da primeira parte da ECAP (tabela 7) de cada cliente pôde-se concluir que a maioria dos clientes apresenta grandes dificuldades ao nível das competências dos domínios, atividade económica, números e tempo, atividade doméstica e pré-profissional. De uma forma geral pode-se observar que os domínios da *Autonomia* e *Desenvolvimento Físico* são aqueles onde as dificuldades parecem ser menores e onde potencialmente a intervenção poderá ser focada por forma a manter estes níveis de competências. Por forma a estabelecer linhas mestras de atuação para a intervenção psicomotora, foi estabelecido que os objetivos deveriam ser centrados em todos os domínios exceto o domínio, III; V. e VI.

Com a análise dos resultados da segunda parte da ECAP (tabela 8) concluiu-se que todos os clientes apresentam comportamentos estereotipados e hiperativos, e dificuldades significativas ao nível do comportamento social, conformidade, confiança, comportamento social e interpessoal. Um dos clientes salienta-se ainda pelo desajustamento ao nível do comportamento sexual, sendo que pela análise do perfil mais global deste grupo os aspetos considerados mais relevantes a promover foram a diminuição dos comportamentos estereotipados e a promoção do comportamento social e interpessoal.

De seguida serão apresentados os resultados iniciais na escala WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades (versão por representante) bem como de uma breve discussão dos mesmos.

Como se pode verificar pelos resultados obtidos e através da classificação da escala WHOQOL-BREF-ID (tabela 9), a qualidade de vida de todos os clientes no que toca ao domínio I é “regular” e no domínio III “necessidade de melhorar”. Os outros dois domínios tanto estavam estre a classificação “regular” como a “necessita melhorar”. Assim sendo, decidiu-se que a intervenção psicomotora deveria incidir em todos os domínios, visto que todos poderiam ser alvo de melhoria.

Tabela 9 – Resultados iniciais obtidos na WHOQOL-BREF-ID

Domínios	António	Fátima	Janet	José	Luísa	Lúcio	Marco	Tó Zé
Domínio Físico (I)	3,6	3,4	3	3,4	3,6	3,6	3,6	3,4
Domínio Psicológico (II)	2,8	2,5	2,3	3,2	2,8	2,8	3	2,8
Domínio Relação Social (III)	2	2	2	2	2	2	2	2
Domínio Meio Ambiente (IV)	4	4	4	3,6	3,9	3,5	3,6	3,6

Com os resultados obtidos na avaliação inicial do Módulo Incapacidades e Módulo Local (tabela 10), todos os clientes apresentam uma qualidade de vida com níveis mais baixos nos domínios referentes à *Autonomia* e à *Inclusão* e na faceta referente à *Oportunidade de Emprego* e *Oportunidades de Estudo*.

Tabela 10 – Resultados iniciais obtidos no Módulo Incapacidades e Módulo Local

Domínios	António	Fátima	Janet	José	Luísa	Lúcio	Marco	Tó Zé
Discriminação	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7
Autonomia	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Inclusão	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,3
Facetas								
Oportunidade de Emprego	1	1	1	1	1	1	1	1
Adaptações ambientais para limitações	4	4	4	4	4	4	4	4
Oportunidade de Estudo	1	1	1	1	1	1	1	1
Alimentação	5	5	4	5	5	5	5	5
Barreiras Físicas	5	4	5	5	4	4	4	4

Os domínios da qualidade de vida relativos à *Discriminação* e na faceta *Adaptações ambientais para limitações* são aqueles em que os valores são mais elevados. No que se refere às facetas “*Alimentação*” e “*Barreiras físicas*” houve diferenças nos clientes pois alguns apresentavam uma classificação “boa” e outros uma classificação “muito boa” nas facetas nomeadas.

Face a estes resultados, decidiu-se direcionar a intervenção psicomotora para a promoção dos domínios da *Autonomia* e da *Inclusão*.

- **Objetivos delineados para a Intervenção Psicomotora**

Finalizada a análise dos resultados iniciais e terminada a planificação da intervenção psicomotora, foram delineados objetivos a concretizar com os clientes, de modo a que a intervenção pudesse ser benéfica para cada cliente da melhor forma possível promovendo a manutenção das competências existentes. Assim, os objetivos estipulados foram os seguintes:

Melhorar a **autossuficiência pessoal e o ajustamento pessoal e social** através da:

- Promoção da **Autonomia** observável na capacidade para:

- ✓ Postura - Utilizar uma postura adequada no decurso das atividades;
- ✓ Deslocação (Sentido de Orientação) - Orientar-se nos locais dentro da instituição;
- ✓ Mobilidade – Deslocar-se sozinho de e para as atividades;
- ✓ Alimentação – Utilizar de uma maneira mais adequada e funcional o garfo e a faca e usar o guardanapo;
- ✓ Utilização da casa de banho – Fazer uma correta utilização do papel higiénico e puxar o autoclismo após a sua utilização;
- ✓ Higiene – Lavar as mãos e a cara e tentar lavar-se e secar-se com a menor ajuda possível;
- ✓ Vestir e despir – Vestir-se e despir-se com a menor ajuda possível.

- Promoção do **Desenvolvimento físico** observável na capacidade para:

- ✓ Equilibração - Ser capaz de se manter em equilíbrio estático em apoio unipedal, durante pelo menos 2 segundos;
- ✓ Tonicidade, Marcha e Corrida – Conseguir andar sozinho; subir e descer escadas; saltar e pular, revelando um adequado nível de eutonia;
- ✓ Praxia Fina – Ser capaz de realizar uma adequada apreensão dos objetos, e uma manipulação ajustada;
- ✓ Coordenação Oculo-Manual e Podal – Conseguir lançar e pontapear uma bola para a área indicada; conseguir apanhar e agarrar uma bola.
- ✓ Funcionalidade dos Membros – Utilizar de uma forma funcional os membros superiores e inferiores.

- Domínio **Personalidade** – Demonstrar capacidade para ter iniciativa, menor passividade, mais atenção e mais persistência.

- Domínio **Socialização** – Ser mais cooperante na ajuda ao outro; interagir de forma ativa com o grupo; saber partilhar e esperar pela sua vez.

- Domínio **Comportamento Social** – Diminuição de comportamentos violentos como por exemplo: puxar o cabelo dos outros e o seu; morder-se; cuspir; magoar os outros; atirar objetos e fazer birras temperamentais quando não consegue o que pretende.

- Domínio **Conformidade** - Melhorar a capacidade para cumprir instruções, pedidos ou ordens e controlar o comportamento em situações de grupo de modo a não perturbar as atividades.

- Domínio **Comportamento Estereotipado e Hiperativo**:

- ✓ Diminuição de comportamentos estereotipados como movimentos contantes de partes do corpo e andar de um lado para o outro sem motivo aparente;
- ✓ Diminuição de hábitos vocais ou de discurso perturbadores como falar alto ou gritar sem motivo aparente; rir de forma inapropriada e fazer grunhidos ou outros barulhos desagradáveis;
- ✓ Diminuição de hábitos orais desadequados como babar-se; comer objetos não comestíveis; ranger os dentes de forma audível e por tudo na boca.
- ✓ Diminuição de tendências de “hiperatividade” como não conseguir estar no mesmo lugar por muito tempo e mover-se constantemente.

- Domínio **Comportamento Auto Abusivo** – Reduzir a auto agressão e as tendências excêntricas como manter-se num local favorito.

- Domínio **Ajustamento Social** – Reduzir a inatividade, apatia, postura particular e maneirismos.

- Domínio **Comportamento Interpessoal** – Reduzir a instabilidade emocional.

- Domínio **Físico** – Relaxar o máximo de vezes e o melhor possível para que não se sinta cansado. Tornar-se o mais autónomo possível, para que possa realizar atividades do dia-a-dia como as referidas no domínio da Autonomia, referido em cima.

- Domínio **Psicológico** – Relaxar o maior numero de vezes e o melhor possível para que os níveis de infelicidade, tristeza e depressão diminuam ao máximo.

- Domínio **Social** - Reduzir a inatividade, apatia, postura particular e interagir de forma ativa com o grupo.

- Domínio **Inclusão** – Demonstrar capacidade para ter uma menor passividade e uma maior persistência. Participar mais em atividades realizadas especialmente para ele.

- **Estratégias desenvolvidas e utilizadas pela estagiária ao longo do estágio**

Ao longo do estágio foram várias as estratégias utilizadas pela estagiária no sentido de promover uma melhor intervenção indo ao encontro dos objetivos delineados anteriormente, sendo que de seguida serão abordadas essas estratégias:

- Planificação/dinamização de sessões de intervenção baseadas nas necessidades, motivações e características individuais (género, idade, competências);
- Planificação/dinamização de sessões com alternância das áreas fortes e áreas a desenvolver, para promover a participação;
- Instruções simples e concretas, segmentadas e por etapas, face às atividades a realizar;
- Complexificação das instruções e tarefas a realizar, no sentido de promover a autonomia e iniciativa dos clientes;
- Predomínio de atividades de desempenho individual, atendendo ao grau de dificuldade para a realização de tarefas em grupo;
- Instrução verbal seguida de demonstração da atividade;
- Recurso constante ao reforço positivo;
- Adequação do discurso e do tom de voz consoante as características individuais;
- Recurso à comunicação verbal e não-verbal.

- **Tipos de sessão**

Ao longo do estágio foram usadas dois tipos de sessão já abordados anteriormente. A sessão em contexto sala e a sessão em contexto de meio aquático.

Tanto numa sessão como noutra, inicialmente procedia-se a um diálogo inicial entre a técnica e os clientes, seguindo-se as atividades propostas para a sessão e terminando com um diálogo final onde se pronunciavam apenas aqueles clientes que tinham um maior domínio verbal. Em contexto sala recorreu-se a dois tipos de sessão, alternando-se o tipo da mesma em cada semana. Essas sessões no momento final, incluíam um momento de relaxamento, onde os clientes se deitavam em colchões, colocando-se uma música calma e realizando-se um contacto corporal com um objeto intermediário tal como a bola pequena, bola de algodão ou uma pena; ou em alternativa os clientes podiam explorar vários materiais como bolas de gelatina, balões com terra, areia, ou outros materiais que produziam sons distintos. O objetivo destes momentos prendia-se com a diminuição dos níveis de tensão, stresse e ansiedade e de comportamentos estereotipados.

É ainda de referir, que para que esse objetivo fosse alcançado, nas sessões em meio aquático, o momento de relaxamento ocorria em todas as sessões, pelo menos durante 5 a 10 minutos, através de atividades de mobilização passiva dos clientes.

- **Apresentação dos resultados finais da ECAP e da WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades (versão por representante)**

✓ **ECAP**

Tabela 11 – Resultados finais de todos os clientes obtidos nos domínios da Parte I da ECAP.

Domínios da Parte I		António	Fátima	Janet	José	Luísa	Lúcio	Marco	Tó Zé
I.	Autonomia	56	39	36	54	42	55	48	27
II.	Desenvolvimento Físico	29	20	22	24	19	32	27	18
III.	Atividade Económica	0	0	0	0	0	1	1	0
IV.	Desenvolvimento da Linguagem	6	6	4	3	6	8	7	3
V.	Números e Tempo	0	0	0	0	0	3	2	0
VI.	Atividade Domestica	1	0	0	1	1	1	1	0
VII.	Atividade Pré-Profissional	2	3	2	3	1	3	3	2
VIII.	Personalidade	3	4	2	6	4	9	7	2
IX.	Responsabilidade	3	3	3	5	3	2	3	1
X.	Socialização	9	10	9	12	8	11	10	8

Tabela 12 – Resultados finais de todos os clientes obtidos nos domínios da Parte II da ECAP.

Domínios da Parte II		António	Fátima	Janet	José	Luísa	Lúcio	Marco	Tó Zé
XI.	Comportamento Social	3	1	3	0	5	4	0	4
XII.	Conformidade	6	4	8	1	6	7	2	4
XIII.	Merecedor de Confiança	3	2	2	1	1	3	2	4
XIV.	Comportamento Estereotipado e Hiperativo	7	8	17	8	21	6	9	7
XV.	Comportamento Sexual	6	1	1	0	0	4	0	0
XVI.	Comportamento Auto abusivo	3	3	5	2	2	2	2	4
XVII.	Ajustamento Social	1	8	8	6	6	1	3	8
XVIII.	Comportamento Interpessoal Perturbado	1	0	1	0	3	3	0	2

✓ **WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades (versão por representante)**

Tabela 13 – Resultados finais obtidos na WHOQOL-BREF-ID

Domínios	António	Fátima	Janet	José	Luísa	Lúcio	Marco	Tó Zé
Domínio Físico (I)	3,9	3,4	3,1	3,7	3,6	3,7	3,6	3,4
Domínio Psicológico (II)	3,5	3,3	3	3,5	3,4	3,4	3,5	3,3
Domínio Relação Social (III)	2,7	2,7	2,3	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7
Domínio Meio Ambiente (IV)	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4

Tabela 14 – Resultados finais obtidos no Módulo Incapacidades e Módulo Local

Domínios	António	Fátima	Janet	José	Luísa	Lúcio	Marco	Tó Zé
Discriminação	5	5	4,7	5	4,7	4,7	5	5
Autonomia	2	2	2	2	2	2	2	2
Inclusão	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,3
Facetas								
Oportunidade de Emprego	1	1	1	1	1	1	1	1
Adaptações ambientais para limitações	5	4	4	4	4	5	4	4
Oportunidade de Estudo	1	1	1	1	1	1	1	1
Alimentação	5	5	4	5	5	5	5	5
Barreiras Físicas	5	4	5	5	4	4	4	4

- **Discussão e análise dos resultados obtidos**

Analisando e comprando os resultados obtidos no início da intervenção e no final da mesma, pôde-se verificar que na primeira parte da ECAP, o domínio referente à **autonomia melhorou em todos os clientes**. Também no domínio referente ao **desenvolvimento físico registaram-se melhorias**, sendo que apenas a Luísa e a Fátima mantiveram os resultados iniciais, podendo isso explicar-se devido ao facto destas duas clientes não mostrarem motivação para a participação nas tarefas e atividades propostas. No que se refere ao **III domínio da ECAP apenas dois clientes, o Lúcio e o Marco**

apresentaram melhorias. Também no domínio referente ao **“Números e Tempo”** apenas estes dois clientes pontuaram.

Já no VI domínio da ECAP, apenas o António e a Luísa obtiveram melhorias nos resultados. No que se refere ao domínio da **“Personalidade”**, o José, o Lúcio, o Marco e o Tó Zé apresentaram melhorias, já no domínio **“Responsabilidade”** apenas o António, a Luísa e o Marco apresentaram resultados melhores. Por último, no domínio **“Socialização”**, quem a melhoria de resultados em comparação com a avaliação inicial foram verificados na Fátima, no Lúcio, no Marco e no Tó Zé.

Debruçando-nos sobre os resultados obtidos na segunda parte da ECAP pôde-se verificar que **o domínio que maiores melhorias teve foi o “Ajustamento Social”** sendo que apenas a Fátima e o José não apresentaram alterações nos resultados deste domínio. Já o domínio que não sofreu nenhuma alteração foi o referente ao **“Comportamento Sexual”**. Em todos os outros domínios verificaram-se melhorias por parte de alguns clientes, sendo que o cliente que mais melhorias teve nesta parte da ECAP foi o Marco, e o que menos melhorias teve foi a Fátima, apresentando apenas uma melhoria no domínio referente ao **“Comportamento Interpessoal Perturbado”**.

Com a análise dos resultados finais da WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades (versão por representante) verificamos que **houve melhorias em quase todos os domínios** por parte dos clientes, sendo que **apenas o domínio referente à “Inclusão” não apresentou diferenças.** Quanto às facetas, observou-se uma **manutenção** com a exceção da faceta referente às **“Adaptações ambientais para limitações”**.

Posto isto, e lembrando que no início da intervenção psicomotora, a estagiária decidiu direccionar a sua intervenção particular em alguns domínios da ECAP com menor enfoque nos domínios **“Atividade Económica”, “Números e Tempo”** e **“Atividade Pré-Profissional”**, e na WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades a melhoria dos domínios referentes à **“Autonomia”** e à **“Inclusão”**, verificaram-se que os domínios da **“Autonomia”** de ambas as escalas mostraram melhorias por parte de todos os clientes, enquanto nos restantes domínios da ECAP conseguiram observar-se melhorias numa parte dos mesmos. Salienta-se porém, que no domínio **“Desenvolvimento da Linguagem”** na ECAP e no domínio referente à **“Inclusão”** da WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades não se verificaram quaisquer alterações de resultados.

2.1.2. Grupo Ensino Pré-Escolar

Este grupo era constituído por 30 alunos do ensino pré-escolar entre os 3 e os 5 anos. As crianças do grupo dos 3 anos foram alvo de intervenção em contexto aquático e as crianças do grupo dos 4 e 5 anos foram alvo de intervenção em contexto aquático e sala. As crianças acompanhadas pela estagiária nestes dois grupos não apresentavam tipo de necessidades educativas especiais apresentando um desenvolvimento psicomotor dentro do esperado. Esta intervenção teve, por isso, uma vertente preventiva/educativa visando em particular o desenvolvimento de todos os fatores psicomotores, mas em especial da praxia global e do raciocínio prático.

Como exemplo de atividades, refere-se a realização de circuitos psicomotores, implicando estratégias cognitivas no sentido de ultrapassar os desafios motores estrategicamente desenvolvidos. Por exemplo, as crianças eram convidadas a colocar bolas de cor semelhante, em quantidades iguais, dentro de arcos, o que implica o recurso a capacidades de atenção e memória assim como de praxia global. Por outro lado, a atuação do psicomotricista incidiu, ainda, na estimulação do desenvolvimento emocional e social da criança, pela introdução de regras, trabalho em equipa e estratégias de tolerância à frustração. Como mencionado anteriormente, estagiária também atuou em meio aquático, através, de atividades de adaptação ao referido meio. Como exemplo de atividades, refere-se o controlo respiratório mediante atividades para alcançar objetos localizados no fundo da piscina, assim como o atravessar de arcos posicionados na vertical, dentro da piscina.

As sessões de intervenção com o grupo das crianças com 4 e 5 anos, em contexto de sala, apresentavam a duração de 45 min, sendo constituídas, igualmente, por três momentos: fase inicial, fase fundamental e fase final, sendo que um exemplo de plano de sessão se encontra em anexo (Anexo 5 - plano sala 4 e 5 anos).

Fase inicial: caracterizada por um diálogo inicial que tinha como objetivo preparar as crianças para a sessão, promover a comunicação entre os elementos do grupo e a estagiária e estimular a estruturação espaço-temporal e memória, através do relato de acontecimentos significativos e recentes bem como de atividades realizadas na sessão anterior.

Fase fundamental: momento caracterizado pela realização de atividades orientadas para a promoção do desenvolvimento geral da criança, tendo por base a execução de circuitos psicomotores com o recurso a diversos materiais;

Fase final: caracterizada pela realização de um diálogo final, onde a estagiária procedia à devolução de feedbacks acerca da sessão, analisando-se o comportamento do grupo, reforçando-se aspetos a manter, sendo realizada pelo grupo, ainda, uma síntese das situações mais significativas ocorridas na sessão.

Em meio aquático, as sessões de intervenção com os dois grupos (3 anos e 4 e 5 anos) apresentavam a duração de 45 minutos, sendo compostas, também, por três fases: fase inicial, fase fundamental e fase final. (Anexo 6 – plano meio aquático 3 anos) e (Anexo 7 – plano meio aquático 4 e 5 anos).

Fase inicial: após a entrada na piscina, procedia-se ao diálogo inicial, que tinha como objetivo compreender o estado emocional do grupo, estimulando-se a comunicação entre os elementos do grupo e com a estagiária.

Fase fundamental: caracterizada pela realização de atividades que promoviam o desenvolvimento de capacidades necessárias à aprendizagem posterior das técnicas de nado. Refere-se, como exemplo, atividades de imersão da face e mais tarde do corpo, assim como atividades de estimulação do equilíbrio em decúbito ventral e dorsal. Nesta fase, recorreu-se a materiais adequados ao meio (braçadeiras, rolos, pranchas, etc.) e adequados às atividades a realizar;

Fase final: fase caracterizada pela realização de atividades lúdicas, que funcionavam como um reforço do comportamento adequado das crianças ao longo da sessão. Numa dessas atividades recorria-se ao escorrega, o qual, além de constituir uma atividade lúdica, envolvia o controlo respiratório, entrada na piscina de diferentes formas (sentado, de costas e de frente), ou seja, capacidades exigidas posteriormente aquando da aprendizagem das técnicas de mergulho.

2.1.3. Creche

Este grupo era constituído por 7 crianças de 2 anos e 1 criança de 1 ano sendo as sessões realizadas em grupo. As crianças acompanhadas pela estagiária neste grupo não apresentavam necessidades educativas especiais apresentando um desenvolvimento dentro do esperado. Esta intervenção teve, por isso, uma vertente preventiva/educativa.

Como exemplo de atividades, refere-se a realização de circuitos psicomotores e de jogos, exigindo à criança a exploração de atividades envolvendo as praxias globais e finas nomeadamente de encaixe de peças e manipulação de objetos.

Estas sessões tinham a duração de 45 minutos e eram pautadas pela presença de três momentos, semelhantes para todas as sessões (fase inicial, fase fundamental e fase final) (Anexo 8 – sala 2 anos).

Fase inicial: onde as crianças se sentavam nas escadas no auditório à frente da estagiária, da Professora e da PM Adriana, promovendo-se uma pequena interação inicial, com o intuito de promover e estimular a relação entre as crianças e analisar o estado emocional das mesmas, estimulando as suas capacidades de expressão e comunicação;

Fase fundamental: com atividades que promoviam o desenvolvimento psicomotor geral das crianças, tentando, sempre, conjugar atividades de incidência motora com atividades de incidência cognitiva, como transportar objetos de um local para outro e no final associar esses objetos a uma cor correspondente;

Fase final: fase caracterizada por três momentos: 1) arrumação de material pelas crianças (promoção da responsabilidade e organização) 2) diálogo final (análise da sessão, devolução de feedbacks e reforço de comportamentos, promoção da expressão e comunicação), e 3) crianças preparavam-se para regressar à sala da creche, conduzidas pela estagiária, pela Professora Carla e pela PM Adriana.

2.2. Contextos de Intervenção

De seguida serão apresentados os contextos onde a estagiária realizou a sua intervenção, seguindo-se uma pequena análise dos objetivos inerentes a cada um deles.

É ainda de referir nos três contextos ao promovermos promovendo e/ou mantendo as competências definidas nos objetivos gerais deveriam ser significativas na vida quotidiana dos clientes promovendo assim a capacidade de adaptação e a funcionalidade.

2.2.1. Contexto de Sala

Este contexto apresenta a sua caracterização na parte referente à Intervenção Psicomotora. Quanto aos objetivos estipulados para este contexto e para todas as populações em geral salientamos os seguintes:

- Manutenção ou promoção dos fatores psicomotores (tónus, equilíbrio estático e dinâmico, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxias global e fina);
- Promoção da autonomia e comportamento social;
- Promoção da qualidade de vida e bem-estar dos clientes.

2.2.2. Meio Aquático

Este ambiente é benéfico para qualquer população pois proporciona experiências/vivências novas e diversificadas, as quais promovem a percepção sensorial e a ação motora, assim como aspetos físicos, psicológicos, emocionais e sociais promovendo o desenvolvimento global do sujeito (Caputo e Costa, 2014; Frank et al., 2013; Mauerberg-de Castro; Tavares; Panhan; Iasi; Figueiredo et al, 2013; Rocha; Moura; Ogata; Paixão; Silvério et al., 2014; Tahara, Santiago e Tahara, 2006; Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007; Tsutsumi; Cruz; Chiarello; Junior e Alouche, 2004).

Os benefícios da intervenção em meio aquático têm por base as propriedades físicas da água, assim como a relação desta com o corpo humano, ambas favorecendo a mobilidade do indivíduo. De facto, a água torna-se facilitadora da intervenção dado que, pelo seu efeito de flutuação, facilita a realização de movimentos mais livres, independentes, que, em ambiente terrestre, seriam difíceis de efetuar, o que culmina num aumento da auto-estima e auto-confiança assim como o desenvolvimento da consciência corporal (Chicon; Sá e Fontes, 2014).

A intervenção psicomotora desenvolvida em meio aquático fundamenta-se na realização de atividades aquáticas, através da manutenção ou promoção de fatores psicomotores como o equilíbrio, a orientação espaço-temporal e as praxias globais e fina incluindo a capacidade de flutuação, a propulsão, submersão, o controlo respiratório e a coordenação motora dos membros superiores e inferiores) (Mauerberg-de Castro, et al, 2013), sendo que ao nível psicomotor, se salienta a necessidade de promoção da coordenação, equilíbrio, esquema corporal, lateralidade e orientação espaço-temporal (Caputo e Costa, 2014; Teixeira-Arroyo e Oliveira, 2007).

Em termos globais, pode afirmar-se que o objetivo da intervenção psicomotora em meio aquático, relativamente ao grupo CAO, foi reduzir a dificuldade manifestada em determinadas atividades em contexto de sala, visto que dentro de água, há uma maior

facilidade de movimento. Relativamente aos restantes grupos-alvo, o principal objetivo consistiu na adaptação ao meio aquático.

2.2.3. Equitação Terapêutica

A equitação terapêutica tem como objetivo promover uma reeducação e/ou educação funcionalmente significativa, sendo que se direciona para várias vertentes – saúde, educação e/ou equitação – na qual o praticante deve ser capaz de exercer uma ação sobre o cavalo (Santiago, Santos, Santos, Nunes, Dias, et al., 2011).

Segundo diversos autores o calor corporal do cavalo e os movimentos ritmados e simultâneos realizados pelo mesmo, que culminam num movimento tridimensional, manifestam semelhanças com a marcha humana, contribuindo para o relaxamento do indivíduo (Bertoti, (1998); Mason, (2004); Santiago et al., (2011) e Scott, (2005). Este movimento do cavalo promove o desenvolvimento motor (maior resistência e agilidade, coordenação motora, postura, ritmo, flexibilidade, equilíbrio, estabilização do tônus muscular, maior capacidade de suporte de peso), e em simultâneo pode contribuir para o desenvolvimento a nível psicológico e emocional, pelo carácter lúdico e de contacto com a natureza (Mason, 2004; Santiago et al., 2011; Scott, 2005).

A equitação terapêutica vem sendo ainda referida pela sua riqueza enquanto experiência sensorial, a nível auditivo, olfativo, tátil e visual (Patterson, 2015), sendo que os benefícios são assinalados para distintos grupos clínicos incluindo, entre outros, indivíduos com DID (Mason, 2004).

Como referido anteriormente, a estagiária colaborou nesta atividade no grupo do CAO, sendo os principais objetivos:

- Estimulação sensória - motora (tônus muscular, controlo muscular cabeça e tronco, equilíbrio);
- Relaxação muscular;
- Promoção da coordenação motora;
- Promoção da atenção, auto-estima, auto-confiança e capacidade de comunicação.

3. Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos utilizados na avaliação dos clientes foram a ECAP – Versão Portuguesa e a WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades (versão por representante).

A avaliação decorreu em dois momentos, Maio e Outubro - início e término do estágio, estabelecendo-se o perfil funcional individual, o que permitiu a planificação e implementação de programas psicomotores com objetivos adequados a cada caso, e no segundo momento, verificar se ocorreu evolução ao nível das competências avaliadas, isto é, do comportamento adaptativo e da qualidade de vida dos clientes. Este procedimento foi realizado face ao grupo CAO de menor autonomia.

3.1. ECAP - Versão Portuguesa

Perante a constatação da necessidade de desenvolver instrumentos de avaliação dos indivíduos com DID a nível funcional, surgiu a necessidade da criação de uma escala global, tendo em conta a conceção holística do indivíduo (Santos e Morato, 2012b). A ECAP foi assim traduzida e validada para a população portuguesa (Santos, 2000; Santos e Morato, 2007).

Este é um instrumento de avaliação de referência à regra que tem como principal objetivo avaliar a independência pessoal e comunitária, e os aspetos relativos ao desempenho e ao ajustamento social do indivíduo, permitindo identificar áreas fortes e áreas a desenvolver, assim como contribui para o design de planos habilitativos que permitam aos indivíduos participar na comunidade (Santos, 2014; Santos e Morato, 2004; Santos e Morato, 2012c; Santos; Morato e Luckasson, 2014). Esta é uma escala que pode ser aplicada a sujeitos com DID entre os 6 e os 60 anos de idade (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014).

A ECAP é ainda utilizada em conjunto com os testes de avaliação intelectual (QI) contribuindo assim para um melhor diagnóstico, permitindo um encaminhamento mais objetivo tanto a nível escolar como em outras áreas do quotidiano do indivíduo (Santos e Morato, 2012a).

Esta escala é constituída por 2 partes, sendo a primeira parte referente às Competências de Independência Pessoal e, a segunda parte respeitante à Avaliação dos Comportamentos Desviantes (Santos e Morato, 2007, 2012b):

A primeira parte da ECAP que se destina às Competências de Independência Pessoal (avaliação de competências de funcionamento independente e responsabilidade pessoal e social do sujeito) está distribuída em 10 domínios sendo estes (Santos e Morato, 2012b):

- Autonomia;
- Domínio Desenvolvimento Físico;
- Domínio Atividade Económica;
- Domínio Desenvolvimento da Linguagem;
- Domínio Números e tempo;
- Domínio Atividade Doméstica;
- Vários;
- Domínio Atividade Pré-Profissional;
- Domínio Personalidade;
- Domínio Responsabilidade Domínio Socialização.

A segunda parte da ECAP, destinada á Avaliação dos Comportamentos Desviantes é constituída por 8 domínios, sendo estes os seguintes (Santos e Morato, 2012):

- Comportamento Social (dividido em 7 subdomínios);
- Conformidade (dividido em 6 subdomínios);
- Merecedor de Confiança (dividido em 6 subdomínios);
- Comportamento Estereotipado e Hiperativo (dividido em 5 subdomínios);
- Comportamento Sexual (dividido em 4 subdomínios);
- Comportamento Auto abusivo (dividido em 3 subdomínios);
- Ajustamento Social (dividido em 4 subdomínios);
- Comportamento Interpessoal com Perturbações (dividido em 6 subdomínios).

A ECAP contempla ainda mais cinco fatores resultantes de certos domínios que juntos fornecem informações sobre um determinado fator. Estes são (Santos e Morato, 2012):

- Autossuficiência Pessoal – constituído pelos itens autonomia e desenvolvimento físico;

- Autossuficiência na Comunidade – constituído pelos itens autonomia, atividade económica, desenvolvimento da linguagem, números e tempo, atividade pré-profissional e atividade doméstica;
- Responsabilidade Pessoal e Social – constituído pelos itens atividade pré-profissional, personalidade, responsabilidade e socialização;
- Ajustamento Social – constituído pelos itens comportamento social, conformidade, merecedor de confiança, ajustamento social;
- Ajustamento Pessoal – constituído pelos itens comportamento estereotipado e hiperativo, comportamento sexual, comportamento auto abusivo, comportamento interpessoal perturbado.

Quanto à cotação, os itens devem ser pontuados de acordo com o contexto em que o indivíduo se encontra inserido, tendo por base apenas uma fonte de informação. A escala pode ser preenchida por indivíduos que contactem diretamente com o sujeito avaliado ou que sejam capazes de obter informação pertinente e correta, assim como por técnicos de educação especial, psicomotricistas, ou outro técnico com formação específica e formal para a sua aplicação (Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014).

O processo de cotação difere da primeira para a segunda parte da escala. Na Parte I existem duas formas de cotação sendo estas uma escala de complexidade crescente e uma escala dicotómica. Na escala de complexidade crescente, o valor mais alto representa a realização de uma certa atividade com mais autonomia enquanto que na escala dicotómica o indivíduo cota “sim” ou “não” consoante a realização de uma determinada tarefa (Santos, 2014; Santos e Morato, 2004; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014).

Já na Parte II da ECAP, o valor ótima corresponde a zero (0), sendo as opções de resposta a determinados comportamentos definidas numa escala de 0 a 2 (onde 0 corresponde a nunca, 1 a ocasionalmente e 2 a frequentemente (Santos, 2014; Santos e Morato, 2012c; Santos et al., 2014).

Para a cotação dos fatores temos que ter em conta os resultados obtidos da soma dos domínios correspondentes a cada fator, ou através dos valores médios dos mesmos. Esta última permite a observação do comportamento adaptativo no momento da avaliação, sendo que seguidamente esta corresponde a uma determinada descrição, que vai de muito fraco a muito bom (Santos e Morato, 2012).

No que concerne às propriedades psicométricas da versão portuguesa, este é um instrumento que apresenta validade de conteúdo e consistência interna - todos os domínios

apresentam um valor de alpha de cronbach superior a .80, com exceção do domínio Comportamento Auto-abusivo, que apresenta um valor de .79 (Santos et al., 2014). As correlações entre os domínios de cada parte variam entre moderada e forte e a validade de constructo também foi confirmada (Santos et al., 2014).

3.2. WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades (versão representante)

A WHOQOL-DIS surgiu quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) percebeu a importância de adequação dos instrumentos de avaliação da QV direcionados para as pessoas com deficiência física e intelectual. Atualmente existem duas versões do WHOQOL-DIS sendo estas a versão internacional e a versão brasileira. A diferença das duas versões é a existência de um módulo adicional na versão brasileira, chamado de módulo local, composto por cinco questões (Cantorani, Pilatti, e Gutierrez, 2015).

A WHOQOL-DIS inicialmente teve o seu nome “DIS” devido ao projeto DIS-QOL (projeto que objetivou o desenvolvimento de um instrumento que permitisse avaliar a QV das pessoas com deficiência física, e com deficiência intelectual). Desta escala inicial foram produzidas 3 versões. Uma versão direcionada para pessoas com deficiência física intitulada de WHOQOL-DIS-PD; outra versão direcionada para pessoas com deficiência intelectual denominada WHOQOL-DIS-ID; e uma terceira versão direcionada para os responsáveis e/ou cuidadores das pessoas com deficiência intelectual, intitulada de WHOQOL-DIS-ID (versão por representante), para os casos em que as pessoas com deficiência não tenham condição de responder (THE-WHOQOL-DIS-GROUP, 2011 cit in Cantorani, Pilatti, e Gutierrez, 2015).

Todas as versões incluem uma primeira parte idêntica ao instrumento WHOQOL-BREF composto por 26 questões. As duas primeiras questões são direcionadas para o contexto geral da QV da pessoa e as restantes 24 questões representam cada uma das 24 facetas que estruturam o instrumento original. Esta primeira parte de todas as versões nomeadas em cima é composta ainda por 4 domínios, tal como a WHOQOL-BREF, sendo estes referentes ao domínio “Físico”, domínio “Psicológico”, domínio “Relação Social” e domínio “Meio Ambiente”, sendo que ao domínio “Físico” pertencem as perguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18. Ao domínio “Psicológico” pertencem as questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26; ao domínio “Relação Social” dizem respeito as questões 20, 21 e 22, e por fim, ao domínio

“Meio Ambiente” pertencem as questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 (Cantorani, Pilatti, e Gutierrez, 2015).

Todas as três versões caracterizam-se pela condição de um módulo adicional. A estrutura desses módulos é composta por 13 facetas: uma que avalia, de modo geral, o impacto da deficiência na QV da população, e outras 12 subdivididas em três domínios, sendo estes referentes à discriminação, autonomia e inclusão (Cantorani, Pilatti, e Gutierrez, 2015).

À questão com o número 27G diz respeito a faceta referente ao “Impacto da deficiência”. Ao domínio da Discriminação são referentes as questões 28, 29 e 30 cujas facetas são, respetivamente “Discriminação; Proteção e Perspetivas futuras”. Já ao domínio “Autonomia” dizem respeito as facetas “Controlo da sua vida (questão 31); Poder de decisão (questão 32) e Autonomia (questão 33)”. Por ultimo, ao domínio “Inclusão” dizem respeito 6 facetas “Capacidade de comunicação; Aceitação social; Respeito; Interação social; Inclusão social e Capacidade pessoal” referentes às questões 34, 35, 36, 37, 38 e 39 (THE-WHOQOL-DIS-GROUP, 2011 cit in Cantorani, Pilatti, e Gutierrez, 2015).

A diferença entre os três instrumentos ocorre em pequenas adequações realizadas no WHOQOL-DIS-ID e no WHOQOL-DIS-ID (versão por representante). Essas adaptações visaram o ajuste dos instrumentos às pessoas com deficiência intelectual e também aos seus responsáveis. Também nos instrumentos WHOQOL-DIS-PD e WHOQOL-DIS-ID (versão por representante) é utilizada uma escala de Likert de 5 pontos onde o 1 se refere ao “nada”; o 2 ao “muito pouco”; 3 “medio”; 4 “muito” e 5 “totalmente”. Já no instrumento WHOQOL-DIS-ID é utilizado um Likert de 3 pontos onde o 1 corresponde ao “nada”; o 2 ao “medio” e o 3 ao “totalmente” (Cantorani, Pilatti, e Gutierrez, 2015).

A estrutura apresentada até aqui é a mesma para a “Versão Internacional” e para a “Versão Brasileira”. Nesta última, no entanto, é acrescentado um conjunto de 5 questões, que constituem o denominado “módulo local” sendo o acréscimo desse módulo, de acordo com o grupo responsável pelo desenvolvimento do instrumento no Brasil, ocorreu em razão da busca por um retrato mais adequado da realidade da pessoa com deficiência (Cantorani, Pilatti, e Gutierrez, 2015).

Este modulo é então composto pelas questões 40, 41, 42, 43 e 44, cujas facetas são “Adaptações ambientais para limitações; Barreiras físicas; Oportunidades de emprego; Oportunidades de estudo e Alimentar” (Cantorani, Pilatti, e Gutierrez, 2015).

As análises realizadas pelo grupo responsável pelo desenvolvimento do instrumento foram baseadas em métodos psicométricos clássicos e foram conduzidas de forma independente para as duas amostras do estudo: pessoas com deficiência física e pessoas com deficiência intelectual. Foram utilizados os testes de Shapiro-Wilk e de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade de distribuição, sendo que se utilizaram os intervalos de confiança de 95% (Bredemeier et al., 2014).

Para a cotação da primeira parte do instrumento WHOQOL-BREF-ID (versão por representante), ou seja, da questão 3 até a 26 (reembre-se que as questões 1 e 2 são de carácter geral e não constam da cotação), dividem-se as questões pelos domínios e de seguida procede-se ao cálculo dos resultados obtidos em cada questão, ou seja (Fleck et al, 2000):

Domínio 1 (Físico) – $((6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18) \div 7$

Domínio 2 (Psicológico) – $(Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)) \div 6$

Domínio 3 (Relações Sociais) – $(Q20 + Q21 + Q22) \div 3$

Domínio 4 (Meio Ambiente) – $(Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25) \div 8$

Em algumas questões subtrai-se 6 ao valor da pergunta. Isso acontece porque a referida questão se apresenta num sentido positivo, sendo pontuada com um valor abaixo do que devia. Por exemplo: Q3 – “A dor física impede que ele/ela faça algo de que precisa?”, se esta questão for cotada com o “nada” apenas será atribuído o valor mínimo (1), retirando-se um valor muito baixo, apontando assim para uma má qualidade de vida. Agora, se ao 6 lhe retirarmos o 1 obtido da questão, iremos obter uma cotação de 5, referente a uma boa qualidade de vida. Refira-se que neste instrumento quanto maior o valor obtido, maior a qualidade de vida do indivíduo (Fleck et al, 2000).

A pontuação do Módulo Incapacidades do WHOQOL-BREF-ID (versão por representante) é idêntica à pontuação das primeiras 26 questões do instrumento, ou seja (Cantorani, Pilatti, e Gutierrez, 2015):

Domínio I (Discriminação) – $((6-Q28) + (6-Q29) + (6-Q30)) \div 3$

Domínio II (Autonomia) – $(Q31 + Q32 + Q33) \div 3$

Domínio III (Inclusão) – $(Q34 + Q35 + Q36 + Q37 + Q38 + Q39) \div 6$

No módulo local, mais propriamente nas questões 40, 41, 42 e 43 não são necessárias quaisquer contas pois o valor obtido em cada questão é aquele que fica para se proceder à classificação da qualidade de vida do sujeito nessas facetas. Na questão 44

deve-se retirar 6 ao valor obtido na questão, ou seja: (6 - Q44), pelas mesmas razões explicadas em cima (Cantorani, Pilatti, e Gutierrez, 2015).

Para se classificar o individuo nos varios dominios e facetas do instrumento, depois de se proceder ás respectivas pontuações, se os valores estiverem entre 1 e 2,9 classifica-se a QV como “necessita melhorar”; de 3 até 3,9 a QV é classificada como “regular”. É obtida uma QV “boa” quando os valores estão entre 4 e 4,9 e “muito boa” se se obtiver o valor maximo 5 (Fleck et al, 2000).

3.3. Procedimentos

Tal como é previsto em qualquer processo de avaliação, todos os participantes e respetivos prestadores de cuidados foram informados dos objetivos planeados ao nível da metodologia planeada pela estagiária. A ECAP e a WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades (versão por representante) foram aplicadas sob o formato de entrevista, conduzida pela própria estagiária, á orientadora local. O preenchimento das duas escalas decorreu numa sala da instituição, em tranquilidade, de modo a que a pessoa entrevistada pudesse refletir e responder adequadamente. Os dados foram guardados de forma segura e analisados posteriormente.

Após a análise e interpretação dos resultados procedeu-se à elaboração do perfil de funcionalidade, o qual inclui as áreas fortes do cliente e as áreas a desenvolver, formulando-se os objetivos a alcançar com a intervenção psicomotora.

No próximo capítulo será apresentado o estudo de caso, e a sua descrição contempla a caracterização do caso escolhido, a apresentação e discussão dos resultados obtidos e da eficácia da intervenção implementada analisando a existência (ou não) de diferenças entre os dois momentos de avaliação. Todos os procedimentos e etapas foram adotadas com todos os clientes que beneficiavam de intervenção psicomotora, mas que devido à limitação das páginas deste relatório, o estudo de caso servirá como exemplo mais pormenorizado de todo o trabalho desenvolvido.

4. Estudo de Caso

O estudo de caso escolhido pela estagiária foi um dos clientes do grupo de CAO menos autónomo da instituição Nuclisol Jean Piaget. É de referir que todos os procedimentos éticos para este estudo foram tidos em consideração sendo que a privacidade e confidencialidade em questão foi sempre salvaguardada.

Assim sendo, J é um cliente do género masculino, com 24 anos de idade, com data de nascimento a 15 de Outubro de 1994. J sempre viveu em famílias de acolhimento. Há 4 anos está com a família de acolhimento atual. Este cliente frequentou o agrupamento de escolas Diogo Cão de Vila Real até ao 9º ano de escolaridade e depois disso ingressou na instituição Nuclisol Jean Piaget de Vila Real. O seu diagnóstico é de Síndrome Alcoólica Fetal sendo que tem problemas visuais, auditivos e atraso no desenvolvimento cognitivo, derivados do diagnóstico.

Quanto a cuidados médicos, J não toma nenhum tipo de medicação regularmente. J necessita de apoio para desenvolver atividades do dia-a-dia como na alimentação. Este cliente como não gosta de se alimentar, demorando muito tempo as refeições. Por vezes era a estagiária quem tinha que colocar a comida na colher para que J a colocasse na boca. Caso contrario, J passa o tempo a mexer nos talheres sem comer nada. Este cliente tem dificuldades em expressar as suas necessidades básicas/ pedidos, dizendo muito poucas palavras para comunicar com os técnicos. J compreende instruções simples e consegue deslocar-se em percursos conhecidos como a instituição contudo apresenta muito medo quando está num espaço novo. J tem poucas dificuldades no que respeita a ida à casa de banho sendo que tem controlo sobre os esfíncteres. No que respeita o vestir e despir também tem poucas dificuldades sendo que por vezes precisa apenas de uma pequena ajuda. No que se refere a deslocar-se em percursos desconhecidos, J tem muitas dificuldades não se deslocando sem alguém conhecido por perto. J é um indivíduo que não apresenta comportamentos desajustados, sendo sociável, meigo, simpático e respondendo a pedidos simples por parte dos técnicos. Este cliente não necessita de vigilância constante, ficando no local que lhe for indicado.

J participa na Equitação Terapêutica 1 vez por semana durante 45 minutos, em conjunto com clientes do mesmo grupo onde está inserido. J tem ainda acompanhamento a nível da terapia psicomotora psicomotor em contexto sala e em meio aquático. Participa

ainda em sessões de Reiki 1 vez por mês de modo a promover o relaxamento e a controlar os níveis de ansiedade e stresse dos clientes que participam desta terapia.

No que se refere a participação nas atividades e tarefas propostas J é muito participativo e motiva-se com facilidade, sendo que o seu desempenho na realização das atividades é bom. Quanto ao nível postural, J apresenta uma estatura pequena e fina, por ser magro, e também devido á corcunda que J tem, a sua postura não é a correta.

4.1. Avaliação de J

Depois de se ter procedido á análise da história do percurso de vida e do quotidiano do J na instituição, realizou-se uma a avaliação inicial, sendo de seguida apresentados os resultados das respetivas avaliações (inicial e final) do J nas escalas já abordadas anteriormente (ECAP e WHOQOL-BREF-ID e Modulo Incapacidades (versão por representante). Por fim será apresentado o Perfil de Funcionalidade e o Plano de Intervenção Psicomotora definidos são apresentados adequados para o cliente escolhido, bem como a análise dos resultados finais em comparação com os iniciais. É ainda de referir a representação dos dados em tabela adotando-se cores distintas para melhor compreensão dos resultados. Quando o quadro apresenta o **vermelho** nos resultados iniciais e finais, significa que o cliente apresenta um desempenho classificado como “fraco” ou que “necessita melhorar”, o **verde-escuro** representa um desempenho “muito bom”. Por fim os valores onde se observaram melhorias no momento de avaliação final são assinalados a **amarelo** significando um desempenho “regular”; enquanto que o **verde-claro** assinala um “bom” desempenho.

Tabela 15 - Resultados obtidas por J nos domínios da parte I da ECAP nos dois momentos de avaliação.

Domínios da Parte I		Avaliação Inicial	Valor Máximo	Avaliação Final
I.	Autonomia	44	130	57
II.	Desenvolvimento Físico	25	38	29
III.	Atividade Económica	0	30	1
IV.	Desenvolvimento da Linguagem	8	50	8
V.	Números e Tempo	3	20	3
VI.	Atividade Domestica	1	25	2
VII.	Atividade Pré-Profissional	3	11	3
VIII.	Personalidade	5	23	9
IX.	Responsabilidade	6	11	6
X.	Socialização	12	27	13

Através da análise dos resultados obtidos na ECAP no momento da avaliação inicial dos domínios da parte I (tabela 15), verificou-se que J apresentava várias dificuldades ao nível do comportamento adaptativo em todos os domínios da escala, sendo que os domínios onde J apresentava valores mais elevados, ou seja, onde o cliente tinha **maior autonomia** foram, o **Desenvolvimento Físico, Responsabilidade e Socialização**. Em todos os outros domínios, J apresentou menor autonomia. Posto isto, decidiu-se que a intervenção psicomotora deveria incidir em todos os domínios, exceto os domínios da *Atividade Económica, Números e Tempo e Atividade Pré-Profissional*.

De seguida serão apresentados os resultados da parte II da ECAP, não esquecendo que esta é cotada de maneira inversa á parte I, ou seja, quanto menor a pontuação obtida maior é o nível de ajustamento.

Tabela 16 - Resultados obtidas por J nos domínios da parte II da ECAP nos dois momentos de avaliação.

Domínios da Parte II		Avaliação Inicial	Valor Máximo/ Desajustamento	Avaliação Final	Valor Ótimo
I.	Comportamento Social	0	92	0	0
II.	Conformidade	3	66	1	
III.	Merecedor de Confiança	2	60	2	
IV.	Comportamento Estereotipado e Hiperativo	14	98	4	
V.	Comportamento Sexual	0	46	0	
VI.	Comportamento Auto abusivo	5	52	3	
VII.	Ajustamento Social	4	46	4	
VIII.	Comportamento Interpessoal Perturbado	1	72	1	

Com a análise dos 8 domínios da parte II da ECAP (tabela 16), verificou-se, num momento inicial que o J **não apresenta comportamentos desajustados** no que se refere ao **Comportamento Social e no Comportamento Sexual** sendo que todos os outros domínios não apresentam valores de grande desajustamento.

Verificamos que o J, no **domínio da “Conformidade”**, por vezes não presta atenção às instruções, hesita algum tempo antes de fazer as tarefas atribuídas e ocasionalmente não regressa ao local adequado depois de ter ido a um determinado lugar.

Quanto ao nível do **domínio “Merecedor de Confiança”**, o J ocasionalmente não reconhece a diferença entre as suas propriedades e a dos outros e por vezes suja as suas propriedades.

No que se refere ao **domínio “Comportamento Estereotipado e Hiperativo”** o J apresenta ocasionalmente um movimento constante das mãos e movimentos de rotação do corpo e da cabeça. Sendo que frequentemente mexe e abana partes do corpo, move-se ou abana-se para a frente e para trás, apresenta sincinesias e anda de um lado para o outro sem motivo aparente. O J de vez em quando, fala em voz alta consigo próprio e vocaliza sons desagradáveis.

Ao nível do **domínio “Comportamento Auto Abusivo”** o J ocasionalmente mantém-se num local favorito, puxa fios da sua roupa e brinca com a roupa que trás vestida. O J por vezes também não gosta de ser tocado.

Por fim, no domínio referente ao **“Ajustamento Social”** o J ocasionalmente mantém-se na mesma posição por um longo período de tempo, às vezes apresenta um olhar inexpressivo, sendo que por vezes prefere ficar sozinho e em situações sociais ocasionalmente fica tímido e envergonhado.

Findo a apresentação dos resultados iniciais da ECAP procede-se agora á exibição dos resultados da WHOQOL-BREF-ID e Modulo Incapacidades. Importa ter em atenção que quanto **mais baixos forem os valores obtidos** ou mais próximos do **1 menor a qualidade de vida**, consequentemente, **quanto maiores os valores** ou mais próximos do **5 melhor a qualidade de vida**.

Tabela 17 – Resultados obtidos por J na WHOQOL-BREF-ID

Domínios	Pontuação Inicial	Classificação Inicial	Pontuação Final	Classificação Final
Domínio Físico (I)	3,6	Regular	4,1	Boa
Domínio Psicológico (II)	3,2	Regular	3,7	Regular
Domínio Relação Social (III)	2	Necessita Melhorar	2,7	Necessita Melhorar
Domínio Meio Ambiente (IV)	3,9	Regular	4,4	Boa

Como se pode verificar pelos resultados obtidos e através da classificação da escala WHOQOL-BREF-ID (tabela 17), a qualidade de vida do J no que toca ao **domínio I, II e IV é regular**, sendo que o domínio onde se verifica valores mais baixo e consequente **menor qualidade de vida** é o **domínio referente às relações sociais** onde pela classificação da escala, **necessita melhorar**. Posto isto, decidiu-se que a **intervenção psicomotora deveria incidir em todos os domínios**.

De seguida serão apresentados os valores obtidos no Módulo Incapacidades e do Módulo Local (tabela 18), constituinte da escala WHOQOL-BREF-ID.

Tabela 18 – Resultados obtidos por J no Módulo Incapacidades e Módulo Local

Domínios (Módulo Incapacidades)	Pontuação Inicial	Classificação Inicial	Pontuação Final	Classificação Final
Discriminação	4,7	Boa	2	Muito Boa
Autonomia	1,3	Necessita Melhorar	1,3	Necessita Melhorar
Inclusão	2,7	Necessita Melhorar	2,7	Necessita Melhorar
Módulo Local				
Oportunidade de Emprego	1	Necessita Melhorar	1	Necessita Melhorar
Adaptações ambientais para limitações	4	Boa	5	Muito Boa
Oportunidade de Estudo	1	Necessita Melhorar	1	Necessita Melhorar
Alimentação	5	Muito Boa	5	Muito Boa
Barreiras Físicas	5	Muito Boa	5	Muito Boa

Com os resultados obtidos na avaliação inicial, percebe-se que J apresenta uma qualidade de vida com **níveis mais baixo** nos domínios referentes **à Autonomia e à Inclusão** e na faceta referente **à Oportunidade de Emprego**. Com uma **classificação regular** tem-se a faceta referente **à Oportunidade de Estudo**, sendo que J apresentou uma **boa qualidade de vida** no domínio alusivo **à Discriminação** e na faceta **“Adaptações ambientais para limitações”**. No que se refere às facetas **“Alimentação”** e **“Barreiras físicas”** J apresentou uma classificação de **qualidade de vida muito boa**.

Com a análise dos resultados iniciais de J no Módulo de Incapacidades decidiu-se **direcionar a intervenção psicomotora aos domínios da Autonomia e da Inclusão** deixando um bocadinho de lado as facetas relativas **à Oportunidade de emprego e de estudo** visto que estas não são umas áreas que interessem muito ao cliente e todas as outras facetas e domínio apresentaram bons valores de qualidade de vida.

Apresentados e analisados os resultados obtidos por J nas 2 escalas aplicadas vai proceder-se de seguida **à apresentação do Perfil de Funcionalidade (Tabela 19)** do cliente incluindo neste as áreas menos fortes ou a promover e as áreas fortes de J.

Tabela 19 – Perfil de Funcionalidade de J

Áreas Fortes	Áreas prioritárias a Promover
Desenvolvimento Físico Responsabilidade Personalidade Socialização Comportamento Social Comportamento Sexual Comportamento Interpessoal Perturbado Discriminação Adaptações ambientais para limitações Alimentação Barreiras Físicas	Autonomia Desenvolvimento da Linguagem Conformidade Atividade Doméstica Merecedor de Confiança Conformidade Comportamento Estereotipado e Hiperativo Comportamento Auto abusivo Ajustamento Social Inclusão Qualidade de Vida associada aos aspetos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Físico; ✓ Psicológico; ✓ Meio ambiente; ✓ Relações sociais

Posto isto, delineou-se um conjunto de objetivos a alcançar, elaborando-se o Plano de Intervenção apresentado na tabela 20.

Tabela 20 – Plano de Intervenção Psicomotora de J

Domínios	Objetivo Geral	Objetivo Especifico
Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir autonomia nos diferentes contextos em que está inserido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar a sua alimentação sozinho e sem se distrair tanto; • Conseguir vestir-se, despir-se e calçar-se sem a ajuda de terceiros; • Conseguir tomar banho sozinho; • Deslocar-se pelos locais conhecidos (instituição, casa, locais que frequenta) com mais independência.

Desenvolvimento Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir melhor condição física; • Adquirir maior desenvolvimento psicomotor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar um nível mais adequado possível de eutonia; • Utilizar os dois lados do corpo de forma funcional; • Conseguir manipular de uma maneira mais adequada mais materiais como a plasticina, balões sensoriais, canetas e lápis de cor, etc.
Desenvolvimento da Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir um maior desenvolvimento da linguagem oral; • Adquirir uma maior compreensão verbal; • Recorrer a capacidades cognitivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender instruções complexas que envolvam uma decisão; • Conseguir expressar o que sente ou que quer por palavras simples; • Recorrer a capacidades cognitivas como a memória, atenção, discriminação, pensamento, percepção e raciocínio ao longo do seu dia-a-dia nas mais variadas tarefas.
Atividade Doméstica	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar sem auxílio tarefas associadas à alimentação, vestuário e higiene. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir limpar o seu espaço depois de o usar (mesa depois de almoçar e/ou lanchar); • Ter atenção à limpeza do seu vestuário e comunicar se se sujar; • Arrumar, de forma organizada, o vestuário utilizado.
<ul style="list-style-type: none"> - Conformidade; - Comportamento Estereotipado e Hiperativo; - Ajustamento Social; - Inclusão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestar um comportamento adequado em grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreender e respeitar as regras e instruções fornecidas; • Conseguir partilhar funções e objetivos para o grupo; • Reduzir frequência de manifestações excessivas de interesse/motivação face a determinados objetos/atividade; • Reduzir frequência de momentos de inatividade e apatia; • Compreender que está num grupo com determinadas características e regras, juntamente com outros indivíduos.
Merecedor de Confiança	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestar comportamentos associados a valores socialmente adequados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a diferença entre os seus pertences e os dos outros; • Ter um maior cuidado com o vestuário e com os seus pertences; • Explorar o meio envolvente; • Reconhecer capacidades e limitações individuais.

Comportamento Auto Abusivo	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir frequência de comportamentos de autoagressão física e emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a frequência de comportamentos de isolamento (deslocar-se e permanecer no seu local preferido); • Reduzir comportamentos de autoagressão (mexer nas feridas).
Qualidade de Vida em todos os fatores associados	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir noção de relaxamento e estimulação sensorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir relaxar; • Conseguir diferenciar sentimentos e emoções em si e no outro; • Diferenciar diferentes objetos e materiais pelo toque ou palpação.

Depois de se proceder à análise dos resultados iniciais com o estabelecimento do plano de intervenção, deu-se início à intervenção psicomotora, seis vezes por semana sendo que 3 vezes foram em contexto de meio aquático (30 minutos cada sessão) e outras 3 vezes foram em contexto sala (45 minutos).

Como já mencionado, J está inserido num grupo (CAO menos autónomos) sendo que as sessões foram planeadas para o grupo em geral, contudo J realizou sempre as atividades de forma individual e com as devidas adaptações. Visto que J apresentava maiores competências em determinados domínios e não demonstrava tantas dificuldades como outros clientes, algumas atividades foram adaptadas para J a fim de minimizar o desinteresse e a desmotivação. Refira-se que em anexo seguem exemplares dos planos de sessão tanto em contexto sala como em meio aquático.

Quanto à relação da estagiária com J esta foi desenvolvida ao longo da intervenção, sendo importante referir a facilidade com que a mesma ocorreu, atendendo às características individuais do cliente e aos longos períodos de tempo de contacto com este. Para a continuação do trabalho a desenvolver e uma melhor integração e conhecimento do cliente e das suas rotinas, a estagiária acompanhou J nos momentos de alimentação (organização dos acessórios a utilizar, disposição dos objetos no tabuleiro e na mesa, questões de higiene pessoal e limpeza do espaço após a refeição, indicações acerca do ritmo com que ingeria os alimentos) e nas idas à casa de banho (organização/indicação dos materiais a utilizar, comportamentos a realizar antes e depois da ida à casa de banho).

Refletindo em termos de contextos de intervenção foi perceptível, de forma clara, a preferência de J pela intervenção em meio aquático, o que pode ser justificado pela maior facilidade na realização das atividades propostas, em resultado das características do meio.

Posto isto, serão agora analisados e comparados os resultados de J obtidos no final da intervenção psicomotora.

Verificaram-se então melhorias em quase todos os domínios da primeira parte da ECAP, sendo que no domínio referente ao “Desenvolvimento da Linguagem” e da “Responsabilidade”, J manteve os resultados iniciais.

É de referir ainda o domínio referente á “Autonomia”, onde J apresentou um valor bem mais elevado em comparação com o obtido na avaliação inicial, podendo isso ser explicado, em parte, pelo foco neste aspeto ao longo da intervenção, estimulando J para a realização do maior número possível de atividades sem recurso ao auxílio de terceiros ou, pelo menos, reduzindo a dependência face aos mesmos.

Todos os restantes domínios, como já referido, apresentaram uma evolução positiva da primeira para a segunda evolução, sendo que nenhum domínio apresentou resultados inferiores na segunda avaliação.

Quanto aos resultados finais de J no que se refere à segunda parte da ECAP, pôde-se verificar descida dos valores nos domínios referentes á “Conformidade” e “Comportamento Auto abusivo”, sendo que onde se verificou uma acentuada descida dos valores foi no domínio referente ao “Comportamento Estereotipado e Hiperativo”. Todos os valores dos outros domínios mantiveram-se como inicialmente.

Verificando agora os valores obtidos na WHOQOL-BREF-ID, constatou-se um aumento das pontuações em todos os domínios, sendo isso muito positivo. Contudo, o domínio das “Relações Sociais” manteve-se com uma classificação de “Necessita melhorar”, assim como o domínio “Psicológico” que continuou classificado como “Regular”.

Quanto aos Módulo Incapacidades e Módulo Local da WHOQOL-BREF-ID, verificaram-se melhorias nos domínios referentes á “Discriminação” e às “Adaptações ambientais para limitações”. Também o domínio da “Autonomia” melhorou, contudo o valor pouco alterou o que fez com que a classificação continuasse a mesma. O domínio “Inclusão” manteve-se, bem como as restantes facetas.

Pode-se assim concluir, e lembrando que a estagiária no início da intervenção decidiu direccionar a mesma para todos os domínios tanto da ECAP como da WHOQOL-BREF-ID e Módulo Incapacidades, que no final da intervenção psicomotora, J apresentou melhorias em quase todos os domínios, principalmente no domínio referente á “Autonomia”, podendo assim verificar-se a eficácia da Intervenção Psicomotora.

4.1.1. Principais conclusões e limitações

Como já referido, a primeira conclusão a retirar-se da análise do processo de intervenção é que, J beneficiou com a intervenção psicomotora, principalmente no que se refere ao domínio da autonomia.

J, comparado com todos os outros clientes do grupo CAO menos autónomo, é dos clientes que menos dificuldades demonstra, a quase todos os níveis, cognitivos, físicos, social e emocional, podendo concluir-se que em muitos dos domínios das escalas aplicadas, J não melhorou pois já tinha vindo a ser estimulado e alcançado assim valores apropriados para o seu diagnóstico. Apesar disso, a postura da estagiária foi sempre no sentido de estimular e incentivar J à realização autónoma, ou pelo menos com menor recurso ao auxílio de terceiros, do máximo de atividades possível, nos mais variados contextos, complexificando até algumas das atividades, para que J não desmotivasse e melhorasse sempre o seu desempenho.

Refira-se ainda que, no início da intervenção psicomotora, a estagiária tinha uma visão muito “generalizada” e abstrata da população com que ia trabalhar, dessa forma, o plano de intervenção realizado para J, apresenta-se muito detalhado e complexo, pelo menos para o tempo que a estagiária teve para o desenvolver. Desta forma, dever-se-ia ter procedido a um plano mais pequeno e mais detalhado nos domínios em que J pode ainda aperfeiçoar-se, como nos domínios da autonomia e desenvolvimento físico, deixando alguns domínios menos importantes para este cliente um pouco de lado, como por exemplo o domínio referente à atividade pré-profissional, onde J pela sua situação não terá grande interesse. Contudo, esclareça-se que com isto não se quer dizer que J não deva continuar a ser estimulado em todos os domínios, até porque em muitos deles, o cliente obteve resultados um pouco melhores no final da intervenção, contudo, existem aqueles em que J melhorou significativamente (autonomia) e que podem ainda ser mais e melhor desenvolvidos. Dependendo do tempo de duração da intervenção psicomotora, poder-se-á proceder a uma estimulação maior de todos os domínios, mas visto que a estagiária tinha um tempo limitado, e não tão longo quanto isso, a escolha da estimulação de domínios mais significativos para o cliente devia ter sido adotada.

É ainda de se referir que, tal como acontece em qualquer intervenção psicomotora, o acompanhamento de J apresentou algumas dificuldades, quer por questões de logística e organização interna da instituição, quer pelas características individuais do cliente. Ao nível da instituição, refere-se a necessidade de a intervenção com o grupo CAO se

encontrar organizada de modo a ocorrer em grupo, o que vai fazer com que a estagiária não possa estar completamente concentrada e focada em J. Ao nível do cliente, refere-se a presença de características do mesmo, principalmente físicas resultantes do seu diagnóstico, que o impedem de realizar algumas atividades propostas, principalmente as de praxia fina, visto que J não efetua a pinça com dois dedos e não manipula como se espera objetos pequenos como lápis e canetas.

5. Atividades Complementares

De seguida serão apresentadas as atividades em que a estagiária teve a oportunidade de participar desde que começou estágio na Nuclisol até ao seu término. Referindo-se que neste subcapítulo, estão apenas as atividades complementares realizadas na instituição Jean Piaget de Vila Real, sendo que as restantes atividades, realizadas no CHTMAD, EPE, durante o tempo em que a estagiária esteve no Serviço de Oncologia, encontram-se nos anexos, juntamente com a revisão da literatura e a descrição do trabalho da estagiária durante os 7 meses em que esteve no Serviço de Oncologia do CHTMAD, EPE.

IV Encontro Intergeracional (22-05-2018): Encontro planeado pelos estudantes do 3º ano de Reabilitação Psicomotora da UTAD com a participação de varias associações e escolas (incluindo a Nuclisol). Durante todo o dia foram realizadas atividades de cariz psicomotor propostas pelos estudantes. A estagiária participou em todas as atividades propostas ao longo do dia com o grupo CAO.

Mostra Escolar (08-06-2018): Execução de uma dança na Câmara Municipal de Vila Real de todas as crianças e jovens com DID da instituição. Esta atividade não se chegou a realizar devido ao mau tempo, contudo a estagiária participou em todos os ensaios da dança que iria ser apresentada.

Comemoração do Dia de St. António (12-06-2018): Ida ao local onde se realizam as festas populares em Vila Real com os jovens do CAO de modo a que estes pudessem ver a feira popular. No final da manhã foi dado a cada cliente uma fatura. A estagiária acompanhou os clientes até ao local das festas e esteve sempre com eles.

Semana Cultural (18 a 23-06-2018): Semana com objetivo de divulgar junto da comunidade escolar o projeto “Nas asas da Inclusão” (desenvolvido ao longo do ano), despertar o interesse pelas artes, promover a sensibilidade estética, participar em atividades de animação cultural e facilitar a interação entre a família e a instituição. A estagiária ajudou na construção dos mundos que foram expostos durante esta semana no pátio da instituição.

Festa de final de aulas (30-06-2018): Festa organizada pelas crianças, jovens com DID e funcionários da instituição para os pais dos meninos, com a encenação de uma peça que envolvia várias danças e encenações. A estagiária não esteve presente no dia da festa por motivos de saúde, contudo participou em todos os ensaios planeados para a festa, fazendo parte de um dos grupos envolvidos nas atuações.

Conclusão

Este documento relata a experiência de estágio curricular na Instituição Nuclisol Jean Piaget, mas, acima de tudo, relata uma experiência de aprendizagem pessoal e académica. A escolha do local de estágio teve por base o contacto com a mesma ao longo do 3º ano do primeiro ciclo de estudos (trabalho de campo), constituindo, pela variedade de aprendizagens, experiências e organização interna, uma fonte de referência para a estagiária.

Este relatório deixa na estagiária uma sensação de “trabalho cumprido”, justificado pela concretização dos objetivos de estágio e com base na evolução sentida. Analisando o período de tempo decorrido, verifica-se que as dificuldades observadas inicialmente, especialmente ao nível do primeiro contacto com uma população-alvo tão única, diminuíram consideravelmente, em resultado da experiência e da gestão emocional da estagiária. É ainda de referir que no primeiro dia de estágio ocorreu um forte impacto emocional por este constituir o primeiro contacto com este tipo de população, atendendo às características individuais de cada cliente do CAO e devido à falta de experiência. Para além disso, o facto de ser necessário auxiliar os clientes em todas as atividades do quotidiano, como nas idas à casa de banho, na higiene consequente às dificuldades de controlo esfinteriano, alimentação, vestuário, etc, constituiu, inicialmente, uma dificuldade para a estagiária, também colmatada com a experiência e com a colaboração de outros auxiliares.

Uma das aquisições ocorridas ao longo deste ano foi a perceção da estagiária acerca da diferença entre realizar uma sessão esporadicamente, e permanecer diariamente numa instituição; enquanto que no 3º ano da Licenciatura a estagiária se dirigia à instituição uma vez por semana, realizando uma sessão com crianças de 2 anos numa sala à parte, ao longo deste ano a estagiária permaneceu diariamente, todas as semanas, na instituição, o que permitiu compreender a instituição de uma forma global - conhecer o funcionamento da instituição mais aprofundadamente, contactar com todos os profissionais que realizam funções na mesma assim como com todos os indivíduos que frequentam a instituição.

As características inerentes a esta instituição, nomeadamente o facto de ser frequentada por diversos tipos de população, constituiu uma mais-valia, quer em termos de aprendizagem, quer em termos de gestão emocional. Refere-se como exemplo alguns

momentos de frustração ocorridos em dias em que o grupo CAO se encontrava mais instável (atendendo às características do mesmo), em que a possibilidade de contactar, também, com as crianças da instituição permitia uma maior libertação, por constituírem uma população menos problemática e com uma interação com a estagiária completamente distinta. A este nível importa referir, assim, uma das aprendizagens pessoais ocorridas na estagiária – o autoconhecimento face à sua capacidade para lidar com diferentes emoções/sentimentos resultantes da interação com diferentes grupos alvo.

Outro aspeto sobre o qual importa refletir são as alterações ocorridas na estagiária após o contacto com grupo CAO: se, inicialmente, esta considerava que seria bastante complicado realizar funções com esta população, a sua postura mudou, sendo, atualmente, uma das populações que proporciona à estagiária maiores níveis de satisfação pessoal aquando da intervenção. São, de facto, indivíduos que requerem maior estimulação, no entanto, são capazes de fazer praticamente tudo, desde que o técnico controle a sua capacidade de tolerância à frustração, não desistindo de os estimular, e insistindo, frequentemente, nos comportamentos e nas aquisições que os mesmos devem apresentar – constituem “um grupo especial” e, de facto, transmitiram imenso à estagiária acerca de vários aspetos da existência humana.

Por outro, e igualmente importante, foi a compreensão de que nem sempre é possível cumprir o plano da sessão estipulado, uma vez que não é possível controlar as vivências da pessoa nem a forma como se sente naquele momento.

Ao nível da relação terapêutica, pode considerar-se que esta foi desenvolvida com sucesso, de forma adequada, face a todos os grupos-alvo, tendo a estagiária manifestado a capacidade para lidar com comportamentos de oposição, birras, e agressividade por parte de alguns clientes, principalmente os clientes do CAO. Especificamente, tornou-se perceptível que ser assertivo no momento adequado constitui um grande passo aquando da intervenção psicomotora, independentemente do grupo alvo.

Foi possível ainda concluir algo sobre o que a estagiária já havia refletido: é preciso “mais” além do que é abordado “nos livros”. É vital a existência de teorias e formas de intervenção validadas empiricamente. No entanto, cada pessoa é única, com dificuldades e formas de lidar com as mesmas bastante distintas. E, de facto, verificou-se que após adaptar o conhecimento teórico à situação se tornou necessário “pensar além de...”, desenvolvendo objetivos a alcançar específicos, assim como estratégias bastante próprias de lidar com a situação/dificuldade.

A nível pessoal, pode afirmar-se que este estágio proporcionou um grande crescimento e aprendizagem à estagiária acerca daquilo que a mesma é e ambiciona vir a ser. A estagiária que termina este relatório é alguém mais maduro, ponderado, que aprendeu a refletir bastante antes de agir e tomar decisões, que conhece as suas dificuldades e desenvolveu estratégias de colmatar as mesmas, que reconhece os seus pontos fortes e sabe como utilizá-los e valorizá-los. É alguém que aprendeu com a experiência e contacto com os clientes e profissionais, alguém que se tornou ainda mais altruísta e sensível perante a dificuldade do outro. É alguém que quer ajudar o próximo conjugando conhecimento teórico e prático com uma postura de humildade e respeito. Alguém que aprendeu a trabalhar em equipa, e que compreende o conceito de estar inserido num local de trabalho.

Por último, mas não menos importante, é pertinente referir a relação com as orientadoras académica e locais por sempre se mostrarem disponíveis e prontas a ajudar a estagiária no que esta necessitasse. Nunca será esquecido a ajuda e apoio que a estagiária recebeu da orientadora académica aquando a troca do local de estágio; que se caracterizou por um momento menos bom no percurso académico da mesma; e da ajuda, disponibilidade, carinho e apoio demonstrados por uma das orientadoras locais (Professora Carla Afonso) durante esse momento. A ela devo-lhe a oportunidade de ter este relatório terminado, e toda uma (boa) vivência com uma população que não esperava nem ambicionava trabalhar. E se neste momento se sente o gosto e a capacidade para trabalhar com uma população tao própria e especial, isso devesse a ela!

Referências

- Albuquerque, M. C. (2000). *A criança com deficiência mental ligeira*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade – Jogos Facilitadores de Aprendizagem*. Psicosoma. Viseu.
- Alves, F. (2016). *Síndrome Alcoolica Fetal*. Centro de Ensino Faculdade de São Lucas. Porto-Velho.
- Alves, M., e Oliveira, I. (2011). *Síndrome de Down: determinantes e desafios*. in C. Pessoa, C. Costa e M. Benvenuti (Orgs). *Comportamento em foco 1* (3144). S. Paulo. Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC).
- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Guia de referência rápida dos critérios de diagnóstico*. Lisboa: Editores Climepsi.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2017). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Consultado a 8 de Junho de 2018 e retirado de <http://www.appsicomotricidade.pt/content/regulamento-profissional>.
- Bertoti, D. B. (1988). *Effect of therapeutic horseback riding on posture in children with cerebral palsy*. *Physical Therapy*, 68 (10), 1505-1512.
- Bredemeier, J. et al. (2014). *The World Health Organization Quality of Life instrument for people with intellectual and physical disabilities (WHOQOL-Dis): evidence of validity of the Brazilian version*. *BMC Public Health*, 14(1), p.538.
- Bueno, J. (2014). *Psicomotricidade Teoria e Prática – da escola à aquática*. 1ª edição. Cortez Editora: São Paulo.
- Burack, J., Hodapp, R., e Zigler, E. (1998). *Handbook of mental retardation and development*. Cambridge University Press.
- Cantorani, J., Pilatti, L., e Gutierrez, G. (2015). *Análise das versões do instrumento WHOQOL-DIS frente aos aspectos que motivaram a sua criação: participação e autonomia*. *Revista Brasileira Edição Especial*, Marília, 21(4), 407- 426. DOI: 10.1590/S1413-65382115000400007.

Caputo, E. e Costa, M. (2014). *Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres pós-menopáusicas com osteoporose*. Revista Brasileira de Reumatologia, 54(6), 467-473. DOI: 10.1016/j.rbr.2014.02.008.

Castanedo, C. (2007). *Deficiência mental: modelos psicológicos de avaliação e intervenção*. Necessidades educacionais específicas – intervenção psicoeducacional, 64-85.

Chavarria, N. (2017). *Envelhecimento e Trajetórias de Vida de Adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: Um estudo qualitativo com díades de cuidadores*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Chicon, J., Sá, M. e Fontes, A. (2014). *Natação, Ludicidade e Mediação: a Inclusão da Criança Autista na Aula*. Revista da Sobama, 15 (1), 15-20.

Correia, A. L. D. S. (2009). *A Escrita e a Leitura na Trissomia 21: um estudo de caso* (Tese de Pós-Graduação). Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Porto.

Correia, L.M. (1999). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.

Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança - Psicomotricidade Relacional*. Trilhos Editora: Lisboa.

Cunha, M., e Santos, L. (2007). *Aprendizagem cooperativa na deficiência mental (Trissomia 21)*. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. 27-44.

Doney, R., Lucas, B., Jones, T., Howat, P., Sauer, K. e Elliott, E. (2014). *Fine motor skills in children with prenatal alcohol exposure or fetal alcohol spectrum disorder*. Journal of Developmental e Behavioral Pediatrics, 35(9), 598-609. DOI: 10.1097/DBP.0000000000000107.

European Down Syndrome Association [EDSA]. (2018). *Down Syndrome*. Acedido a 03 de Agosto de 2018 em <http://www.edsa.eu/down-syndrome/>

Fleck, M. et al. (2000). *Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref"*. Revista de Saúde Pública, 34 (2), 178-183.

Fonseca, V. (1989). *Psicomotricidade e Psiconeurologia: introdução ao Sistema Psicomotor Humano (SPMH)*. Revista de Educação Especial e Reabilitação. (1), 918.

Fonseca, V. (1995). *A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor*. Revista de Educação Especial e Reabilitação. (3/4), pp. 125-139.

Fonseca, V. (2004). *Psicomotricidade, uma abordagem multidisciplinar*. A Psicomotricidade - Congresso Europeu de Psicomotricidade. 3. 18- 31.

Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem* (1ªed.). Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora - Significação Psiconeurológica dos seus fatores*. 3ª Edição. Âncora Editora: Lisboa.

Frank, K., e Esbensen, A. J. (2014). *Fine motor and self-care milestones for individuals with Down syndrome using a Retrospective Chart Review*. Journal of Intellectual Disability Research, 59(8), 719-729. DOI: <https://10.1111/jir.12176>

Frank, R., Schone, A., Borella, D., Storch, J., Harnisch, G., Duarte, A., e Boaro, D. (2013). *Promoção do bem-estar para pessoas com deficiência: Iniciativas do Programa UNIAFA – Atividades Aquáticas e seus benefícios*. Revista Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, 11 (3), 192-201.

Freire, R., Duarte, N., e Hazin, I. (2012). *Fenótipo neuropsicológico de crianças com síndrome de Down*. Psicologia em Revista, 18(3), 354-372.

Freire, R., Melo, S., Hazin, I., e Lyra, M. C. (2014). *Aspetos neurodesenvolvimentais e relacionais do bebê com Síndrome de Down*. Avances en Psicologia Latinoamericana, 32(2), 247-259, doi: 10.12804/apl32.2.2014.05

Garcia, R., Rossi, N. e Giacheti, C. (2007). *Perfil de habilidades de comunicação de dois irmãos com a síndrome alcoólica fetal*. Revista CEFAC, 9(4) 461-468.

Giusta, A. (2013). *Conceções de aprendizagem e práticas pedagógicas*. Educação em Revista, 29(1), 20-36.

Grieco, J., Pulsifer, M., Seligsohn, K., Skotko, B., e Schwartz, A. (2015, June). *Down syndrome: Cognitive and behavioral functioning across the lifespan*. In American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics, 169 (2), 135-149.

Hartman, E., Houwen, S., Scherder, E., e Visscher, C. (2010). *On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities*. Journal of Intellectual Disability Research, 54(5), 468-477. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x

Hoyme, H., May, P., Kalberg, W., Kodituwakku, P., Gossage, J., Trujillo, P., Buckley, D., Miller, J., Aragon, A., Khaole, N., Viljoen, D., Jones, K., e Robinson, L. (2005). *A Practical Clinical Approach to Diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Clarification of the 1996 Institute of Medicine Criteria*. Pediatrics, 115 (1), 39-47. DOI: 10.1542/peds.2004-0259.

Instituto Piaget. (2018). *História Instituto Piaget*, retirado em 18 de Maio e disponível em <https://ipiaget.org/>.

Ke, X., e Liu, J. (2015). *Deficiência Intelectual*. In J. Rey (Ed.), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (edição em Português; Dias Silva F, Ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Lucas, B., Latimer, J., Pinto, R., Ferreira, M., Doney, R., Lau, M., ... e Elliott, E. (2014). *Gross motor deficits in children prenatally exposed to alcohol: a meta-analysis*. Pediatrics, 134, 192-209, DOI: 10.1542/peds.2013-3733.

Luckasson, R. et al (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports*. 9ª e 10ª Edição, AAMR, EUA.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., ... Tassé, M. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Luckasson, R., e Schalock, R. L. (2013). *Defining and applying a functionality approach to intellectual disability*. Journal of Intellectual Disability Research, 57(7), 657-668. DOI: <https://10.1111/j.1365-2788.2012.01575.x>

Machado, A. R. F. D. A. (2008). *Trissomia 21: um estudo single-subject sobre aprendizagem funcional da matemática* (Tese de Mestrado). Instituto de Estudos da Criança. Universidade do Minho.

Mansur, S., e Marcon, A. (2006). *Perfil motor de crianças e adolescentes com deficiência mental moderada*. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, 16(3), 915.

Martins, R. (2001). *Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e Relacional*. Fonseca, V. e Martins, R. (eds). Progressos em Psicomotricidade. Cruz – Quebrada: Edições FMH.

Martins, R., e Naia, A. (2006). *Psicomotricidade na instabilidade psicomotora – um caso clínico*. A Psicomotricidade. 7, 39-53.

Martins, R., Simões, C., e Brandão, T., (2016). Regulamento de Estágio – Unidade Curricular de Aprofundamento de Competências Profissionais. Faculdade de Motricidade Humana.

Matias, A. (2005). *Terapia Psicomotora em meio aquático*. A Psicomotricidade. 5: 68-76.

Matos, A. (2008). *Fundamentos da Teoria Piagetiana: Esboço de Um Modelo*. Revista Ciências Humanas da Universidade de Taubaté, 1(1), 1-13.

Matos, S., Santos, L., Pereira, C., e Borges, K (2007). *Síndrome de Down: Avanços e perspectivas*. Revista Saúde. 3(2): 77-86.

Mauerberg-de Castro, E., Tavares, C., Panhan, A., Iasi, T., Figueiredo, G., de Castro, M., Braga, G., e de Souza Paiva, A. (2013). *Educação física adaptada inclusiva: impacto na aptidão física de pessoas com deficiência intelectual*. Revista Ciência em Extensão, 9 (1), 35-61.

Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85-95.

McDermott, S., Durkin, M. S., Schupf, N., e Stein, Z. A. (2007). *Epidemiology and etiology of mental retardation*. In *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (3-40). Springer US.

Mello, A., (1989) *Psicomotricidade – Educação Física – Jogos Infantis*. 6ª edição. Ibrasa.

Meneghetti, C., Blascovi-Assis, S., Deloroso, F., e Rodrigues, G. (2009). *Avaliação do equilíbrio estático de crianças e adolescentes com síndrome de Down*. Revista Brasileira de Fisioterapia, 13(3), 230-235.

Mesquita, M., e Segre, C. (2009). *Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo*. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, 19 (1), 63-77.

Momino, W., Sanseverino, M., e Schüller-Faccini, L. (2008). *Prenatal alcohol exposure as a risk factor for dysfunctional behaviors: the role of the pediatrician*. Jornal de Pediatria, 84(4), S76-S79, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572008000500011>

Morato, P., e Santos, S. (2007). *Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. A mudança de paradigma na concepção da deficiência mental*. Revista de Educação Especial e Reabilitação, 14(1), 51-55.

Nakadonari, E., e Soares, A. (2006). *Síndrome de Down: considerações gerais sobre a influência da idade materna avançada*. Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar, 11(1), 5-9, DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/arqmudi.v11i1.19988>

Nascimento, F., Almeida, M., Souza, J., Lima, J., e Santos, R. (2007). *A enfermeira pediatra cuidando de crianças/adolescentes com Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 11 (4), 619-624.

Nicola, M. (2004). *Psicomotricidade – Manual Básico*. Revinter Editora: Rio de Janeiro.

Nuclisol Jean Piaget. (2018), *Quem Somos*. Retirado em 23 de Maio e disponível em <http://www.nuclisol.org/>

Oliveira, T. R. (2010). *A intervenção precoce no Autismo e Trissomia 21: Orientações para boas práticas de intervenção*. (p. 64).

Osti, A. (2009). *Concepções sobre desenvolvimento e aprendizagem segundo a psicogênese piagetiana*. Revista de Educação, 12(13), 109-118.

Pádua, G. (2009). *A Epistemologia Genética de Jean Piaget*. Revista da Faculdade Cenecista de Vila Velha (FACEVV) 1º Semestre, (2): 22-35.

Palangana, I. (2015). *Desenvolvimento e Aprendizagem em Piaget e Vigotski: A relevância do social*. 6ª Edição. São Paulo: Summus editorial.

Patterson, M. (2015). *The effect of therapeutic riding on classroom attention of children with developmental disabilities* (Doctoral dissertation, Mississippi State University). Not published.

Pereira B., (2004). *Gerontopsicomotricidade: envelhecer melhor - da quantidade à qualidade*. A Psicomotricidade (4): 88-93.

Popovici, D. V., e Buică-Belciu, C. (2013). *Self-Concept pattern in adolescent students with intellectual disability*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 78, 516-520. DOI: 10.1016/j.sbspro.2013.04.342

Poppes, P., Putten, A., e Vlaskamp, C. (2010). *Frequency and severity of challenging behaviour in people with profound intellectual and multiple disabilities*. Research in developmental disabilities, 31(6), 1269-1275. Doi: 10.1016/j.ridd.2010.07.017.

Prado, M., Mestrinheri, L., Frangella, V., e Mustacchi, Z. (2009). *Acompanhamento nutricional de pacientes com Síndrome de Down atendidos em um consultório pediátrico*. Revista O mundo da saúde, 33 (3), 335-346.

Probst, M., Knapen, J., Poot, G., e Vancampfort, D. (2010). *Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name*. The Open Complementary Medicine Journal, 2(1), 105-113.

Ramalho, J., e Santos, M. R. (2015). *Alcohol Syndrome: Educative Intervention*. Revista Brasileira de Educação Especial, 21(3), 335-344.

Reis, S. (2008). *Efeitos da Intervenção Psicomotora em contexto de sala e em meio aquático na criança com atraso no desenvolvimento psicomotor*. Revista A Psicomotricidade. 11, 67-77.

Rintala, P. e Loovis, E.. (2013). *Measuring motor skills in finnish children with intellectual disabilities*. Percetual e Motor Skills, 116(1), 294-303. DOI: <https://doi.org/10.2466/25.10.PMS.116.1.294-303>

Rocha, A., Moura, T., Ogata, G., Paixão, K., Silvério, P., e Sugitani, C. (2014). *Atuação da Terapia Aquática no Atendimento Interdisciplinar na Educação Inclusiva*. Revista Adapta, 10 (1), 17-20.

Rodrigues, R. (2010). *Aprimoramento do Processo Cognitivo em Ambientes de Aprendizagem em Rede*. Revista Competência. (3)1, 93-104.

Santiago, A., Santos, G., Santos, M., Nunes, R., Dias, S., e Coutinho, I. (2011). *Benefícios da equitação com fins terapêuticos na reabilitação de crianças com paralisia cerebral*. Revista Fisioterapia Brasil, 12 (4), 310-315.

Santos, S (2000). *Escala de Comportamento Adaptativo*. Revista de Educação Especial e Reabilitação. 7(2), 105-114.

Santos, S. (2010). *A DID (Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental) Na Atualidade*. Educação Inclusiva. Revista da Pró-Inclusão1(2)..

Santos, S. (2014). *Adaptive behaviour on the Portuguese curricula: A comparison between children and adolescents with and without intellectual disability*. Creative Education, 5, 501-509. DOI: <http://dx.doi.org/10.4236/ce.2014.57059>

Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Coleção Educação Especial nº8. Porto Editora.

Santos, S e Morato, P. (2004). *Escala de Comportamento Adaptativo Versão Portuguesa - fichas de registo*. (documento não publicado).

Santos S. e Morato, P. (2007). *Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações Portuguesas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental*. A Psicomotricidade. (9), pp. 21-31.

Santos, S., e Morato, P. (2012). *Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID)*. Por quê?. Revista brasileira de educação especial, 18(1), 3-16.

Santos, S. e Morato, P. (2012a). *Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa com e sem Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental*. In Santos, S. e Morato, P. (Eds) Comportamento Adaptativo – Dez anos depois (101-120). Lisboa: Edições FMH.

Santos, S. e Morato, P. (2012b). *O Comportamento Adaptativo em Portugal*. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.). Comportamento Adaptativo – Dez anos depois. Cruz Quebrada: FMH Edições.

Santos, S. e Morato, P. (2012c). *Idade e Comportamento Adaptativo*. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.). Comportamento Adaptativo – Dez anos depois. pp. 133-147. Cruz Quebrada: FMH Edições.

Santos, S., Morato, P., e Luckasson, R. (2014). *Psychometric properties of the Portuguese version of the Adaptive Behavior Scale*. Intellectual and developmental disabilities, 52(5), 379-387, DOI: <http://dx.doi.org/10.1352/1934-9556-52.5.379>.

Santos, S., e Santos, S. (2007). *Comportamento adaptativo e qualidade de vida nas crianças com dificuldade intelectual e desenvolvimental*. Revista de Educação Especial e Reabilitação, IV Série, 14, 57-67.

Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., ... Yeager, M. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual Disability.

Schalock, R. e Luckasson, R. (2004). *American association on mental retardation's definition, classification, and system of supports and its relation to international trends and issues in the field of intellectual disabilities*. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 1(3-4), 136-146.

Schalock, R. e Luckasson, R. (2013). *What's at stake in the lives of people with intellectual disability? Part I: The power of naming, defining, diagnosing, classifying, and planning supports*. Intellectual and developmental disabilities, 51(2), 86-93. DOI: <http://10.1352/1934-9556-51.2.086>.

Schalock R., Luckasson R., Shogren K., Borthwick-Duffy S., Bradley V., Buntinx W., Coulter D., Craig E., Gomez S., Lachapelle Y., Reeve A., Martha Snell M., Spreat S., Tasse M., Thompson J., Verdugo M., Wehmey M., Yeager M. (2007). *The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability*. Intellectual and Developmental Disabilities, 45(2), 116-124.

Scott, N. (2005). *Special needs, special horses*. USA: Library of Congress.

Segre, C., (2010). *Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido*. Sociedade de Pediatria de São Paulo, São Paulo: Parma Ltda.

Silva, D. (2009). *Da exclusão à inclusão: concepções e práticas*. Revista lusófona de educação, 13, 135-153.

Silva, I., & Barreto, M. (2012). *Análise das modalidades de desenvolvimento cognitivo nas crianças com Síndrome de Down*. Caderno Intersaberes, 1(1), 113-127.

Silva, N., e Dessen, M. (2002). *Síndrome de Down: etiologia, caracterização e impacto na família*. Interação em Psicologia, 6(2), 167-176.

Siqueira, V. (2006). *Síndrome de Down: translocação robertsoniana*. Saúde e Ambiente em Revista, 1(1). 23-29.

Smith, D. D. (1998). *Introduction to special education: Teaching in an age of challenge*. Allyn & Bacon.

Soliz, Jorge, et al. (2009). *Consumo de Alcohol durante el Embarazo: Múltiples Efectos Negativos em el Feto*. Revista Cient Cienc Med, v.12(2), p. 26-31.

Tahara, A., Santiago, D., e Tahara, A. (2006). *As atividades aquáticas associadas ao processo de bem-estar e qualidade de vida*. Revista Digital – Buenos Aires, (11)103.

Teixeira-Arroyo, C., e Oliveira, S. (2007). *Atividade aquática e a psicomotricidade de crianças com paralisia cerebral*. Revista Motriz, 13 (2), 97-105.

Thompson, J., Bradley, V., Buntix, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M., Wehmeyer, M., Borthwick-Duffy, S., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachappelle, Y., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M., Verdugo, M. e Yeager, M. (2009). *Conceptualizing*

supports and the support needs of people with intellectual disability. Intellectual and developmental disabilities, 47(2), 135-146. DOI: <http://10.1352/1934-9556-47.2.135>.

Tsutsumi, O., Cruz, V., Chiarello, B., Junior, D., e Alouche, S. (2004). *Os benefícios da natação adaptada em indivíduos com lesões neurológicas*. Revista Neurociências, 12 (2), 82-85.

Vieira, J. L. (2014). *Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática*. Perspetivas OnLine 2007-2010, 3 (11), 64-68.

Vuijk, P., Hartman, E., Scherder, E., e Visscher, C. (2010). *Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning*. Journal of intellectual disability research, 54(11), 955-965, DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x>

Wiseman, F. K., Al-Janabi, T., Hardy, J., Karmiloff-Smith, A., Nizetic, D., Tybulewicz, V. L., ... e Strydom, A. (2015). *A genetic cause of Alzheimer disease: mechanistic insights from Down syndrome*. Nature Reviews Neuroscience, 16, 564-574, DOI: 10.1038/nrn3983.

World Health Organization (WHO). (2007). *Intellectual Disability – A Manual for CBR Workers*. Regional Office for South-East Asia.

Anexos
